ce guide transversal

DFA

est une publication de Sidaction

Sidaction
ENSEMBLE CONTRE LE SIDA

DFA

DÉPARTEMENTS FRANÇAIS D'AMÉRIQUE

Rédaction
Neijma Hamdaoui

Correction
Juliette Bastin

Conception graphique – réalisation
Jeanne Julien

Remerciements à
Sandrine Halfen, sociodémographe à l'ORS Île-de-France,
et **France Lert**, directrice de recherche à l'Inserm,
pour leur disponibilité.

Collection « guide *Transversal* »
éditée par Sidaction – Ensemble contre le sida
Tirage **2 000 exemplaires.**
Ne peut être vendu.

AVANT-PROPOS
PAR XAVIER BERTRAND
MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Mesdames et Messieurs,

Comme vous le savez, les départements français d'Amérique sont parmi les plus touchés de France par l'épidémie de VIH/sida. La Guyane regroupe ainsi environ 5 % des personnes vivant avec le sida dans notre pays alors qu'elle accueille moins de 2 % de la population nationale. Certains chiffres sont particulièrement inquiétants : aux Antilles-Guyane, un tiers des personnes atteintes n'a pas annoncé sa séropositivité au conjoint, contre 5 % en métropole. Le retard au dépistage est par ailleurs souvent très important. Enfin, les personnes séropositives vivent dans des conditions difficiles et dans un grand isolement face à la maladie ; les professionnels de santé restent en majorité leurs seuls interlocuteurs face à leur maladie.

Tous ensemble, nous devons lutter contre la stigmatisation dont sont victimes les malades, cette stigmatisation qui constitue un obstacle majeur à la prévention, au dépistage précoce et aux soins. L'Inpes a ainsi élaboré une campagne de communication adaptée aux DFA, qui permettra de changer le regard de la société sur les personnes séropositives. Nous avons également soutenu l'implantation d'un Crips (centre régional d'information et de prévention sida) en Guyane, qui ouvrira ses portes au début de l'année 2007, et constituera un relais indispensable pour les messages de prévention et d'éducation à la santé.

Je salue le travail quotidien des associations dans les Antilles et en Guyane ainsi que dans l'ensemble de la Caraïbe. Je sais que ce séminaire est très utile pour échanger sur vos expériences de terrain. Les interventions que vous menez auprès des populations les plus vulnérables (les femmes, les jeunes défavorisés, les personnes prostituées, les migrants et les homosexuels masculins) et auprès des personnes séropositives, que ce soit par la lutte contre les discriminations, le soutien thérapeutique, psychologique et social, sont essentielles : le retour de vos expériences nous permettra aussi

d'adapter au mieux le Plan national de lutte contre le VIH/sida 2005-2008 qui fait des DFA l'une de ses priorités.

Les associations sont d'ailleurs appelées à jouer un rôle majeur dans la mise en place des comités de coordination de la lutte contre l'infection à VIH (Corevih), à Point-à-Pitre, à Cayenne et à Fort-de-France. Les Corevih représentent l'outil que tous attendaient pour offrir non seulement une prise en charge globale au patient, mais aussi renforcer la prévention et le dépistage.

Vous, associations, pouvez être le moteur d'un changement. Que ce soit pour la promotion du préservatif, l'accompagnement vers le dépistage, la lutte contre la stigmatisation ou l'accompagnement des malades, votre rôle est essentiel, et votre expérience nous est précieuse pour mettre en œuvre les actions les plus efficaces pour faire reculer l'épidémie dans les Antilles et en Guyane.

PRÉFACE
PAR FRED CRONARD
CHARGÉ DE MISSION « DÉPARTEMENTS FRANÇAIS D'AMÉRIQUE (DFA) », SIDACTION

Du 16 au 19 octobre 2006, s'est tenu à Sint Maarten, partie néerlandaise de l'île de Saint-Martin, le séminaire interassociatif de lutte contre le VIH/sida, qui a regroupé environ 150 acteurs associatifs et institutionnels des Départements français d'Amérique (DFA), de métropole et de la Caraïbe (Haïti, République Dominicaine, Trinidad et Tobago, Jamaïque, Suriname).

Ce séminaire répondait au besoin d'échange d'expériences entre les associations locales sur leurs pratiques d'intervention, exprimé lors d'une mission réalisée au début de l'année 2005 par la Direction générale de la santé (DGS) et l'Institut national de la prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Les interventions auprès des populations les plus vulnérables (les femmes, les jeunes défavorisés, les personnes prostituées, les migrants, les étrangers, et les homosexuels) et auprès des personnes séropositives (lutte contre les discriminations, soutien thérapeutique, soutien psychologique et soutien social) ont été identifiées, par les acteurs locaux, comme priorités dans les trois départements et dans les pays environnants. Un besoin de connaissances concernant les comportements sexuels, les spécificités culturelles, les rapports de genre et le quotidien des personnes vivant avec le VIH a aussi été exprimé.

La DGS a donc initié la constitution d'un « groupe national d'appui aux actions de lutte contre le VIH/sida dans les DFA » afin de permettre l'élaboration d'une dynamique commune entre les différents acteurs, institutionnels et associatifs, locaux et nationaux. Le travail du groupe a débouché sur la programmation d'un séminaire de mobilisation des acteurs locaux afin de les soutenir dans la mise en place et le développement d'actions de prévention et de soutien des personnes atteintes. Trois référents locaux ont été choisis pour mobiliser les associations locales et faire le lien avec le groupe national d'appui : le Comité guadeloupéen d'éducation pour la santé (COGES), Sida Info Service Guyane et l'Association Martinique Vivre Ensemble (AMVIE).

Que de temps écoulé !
Dix ans après les Assises caribéennes de lutte contre le VIH/sida, qui ont eu lieu en Martinique, le contexte, qu'il soit national, régional ou local, a profondément changé. En 1996, les premiers médicaments antirétroviraux (ARV) étaient proposés aux malades et allaient changer la prise en charge médicale des personnes atteintes. Depuis, les progrès constants de la recherche médicale et scientifique ont amélioré l'espérance de vie des malades et le confort des traitements, notamment en ce qui concerne les effets indésirables et secondaires et le nombre de prises médicamenteuses. L'épidémie a changé de visage, les personnes séropositives ont commencé à faire des projets de vie.

Toujours en 1996, le Caribbean Regional Network of People Living with HIV/AIDS (CRN+) a été créé à Trinidad et Tobago. Dès le début, CRN+ comptait parmi ses membres des représentants de la Guadeloupe et de la Martinique, augurant une coopération régionale. Mais, avec le temps et pour des raisons financières et techniques (problème de langue notamment), les liens avec les DFA se sont distendus au point de ne plus exister.

Parallèlement, la dynamique développée autour des associations nationales depuis 1987, notamment de AIDES et ses comités de Guadeloupe, Guyane et Martinique a connu une rupture, lorsqu'ils ont quitté la fédération AIDES à partir de 1999. Sont alors nées des associations locales : Entraide Gwadloup, Entr'AIDES Guyane et Action Sida Martinique. Cette rupture nationale n'a pas entraîné un recentrage sur la région Caraïbe et a, dans une certaine mesure, contribué à un isolement relatif des associations locales. Structures historiques, elles ont, pendant près de vingt ans, assuré la continuité de la lutte contre le sida dans nos régions en matière de prévention et de lutte contre les discriminations, développé des services et assuré l'accompagnement psychosocial des personnes concernées.

Depuis environ deux ans, l'émergence d'associations de personnes vivant avec le VIH à la Guadeloupe et à la

Martinique, montre la volonté des personnes atteintes d'exister en tant qu'acteurs dans la lutte contre le VIH/sida. Si certains bénévoles ont fait un cheminement personnel et parlent publiquement de leur maladie, il n'en demeure pas moins que la visibilité des personnes atteintes n'est pas encore à l'ordre du jour dans nos régions. Ce mouvement naissant, fortement empreint d'affectif, mérite d'être accompagné en termes de formation et de structuration, et renforcé par le développement de partenariats nationaux et régionaux. La réimplantation de l'association nationale AIDES en Guyane procède de cette même volonté d'accompagner les personnes atteintes qui souhaitent s'impliquer dans la lutte contre le sida. De même, des programmes communautaires ont commencé à être mis en place concernant la prostitution (Guadeloupe, Guyane, Martinique), l'orientation affective et sexuelle (Martinique) et méritent d'être renforcés.
Enfin, la mise en place des Coordinations régionales de lutte contre l'infection à VIH (Corevih) à la place des Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (Cisih) permet aux associations de s'impliquer pleinement dans le nouveau dispositif régional au même titre que les professionnels du soin et les institutionnels. Une place particulière y est réservée aux associations de malades et usagères du système de soins.

Les DFA font partie des régions françaises les plus touchées par l'épidémie. Des programmes régionaux de santé pluriannuels ont été mis en place dans chaque département. Paradoxalement, dans le cadre des conférences régionales de santé, le sida n'est plus considéré comme une priorité de santé publique. La stigmatisation et la discrimination envers les personnes malades sont toujours présentes dans nos départements et constituent, dans une certaine mesure, un frein à l'accès aux soins et à la prévention. Des efforts importants doivent être faits pour améliorer l'offre et les conditions du dépistage du VIH pour une prise en charge précoce des personnes atteintes. Le nombre de contaminations est toujours important, et montre les efforts à réaliser pour améliorer la prévention. À la

veille du séminaire inter associatif, la situation dans les DFA montrait des acteurs associatifs compétents, encore motivés, mais relativement isolés localement, régionalement et nationalement. Le séminaire n'entendait pas, à lui seul, résoudre l'ensemble des problèmes que connaissent nos départements. Il a pleinement répondu aux attentes exprimées par les acteurs locaux de se rencontrer, d'échanger sur leurs pratiques d'intervention. Les priorités ont bien été ciblées. L'objectif de ne pas organiser une grand-messe, mais des séances d'intense travail, pour élaborer des recommandations, retenir des projets, a été largement atteint. Pour preuve, une douzaine de pré-projets ont été retenus dans le cadre du programme PANCAP. Des collaborations naissent entre Guadeloupe, Guyane, Martinique, République Dominicaine, Suriname concernant le travail communautaire chez les travailleurs du sexe, et déboucheront sûrement sur la mise en place de programmes interrégionaux et de coopération. Il en est de même concernant les personnes vivant avec le VIH, où l'expérience des associations nationales et de CRN+ contribuera au renforcement des structures locales.

Le séminaire a mobilisé beaucoup d'énergie pour sa réalisation, notamment des financeurs, des structures organisatrices et des participants, qui pendant ces quatre jours ont collaboré dans un esprit de fraternité. Il nous appartient désormais de concrétiser nos réflexions. Il importe aujourd'hui, dans un élan militant, que cette dynamique initiée à Saint-Martin au mois d'octobre soit relayée localement par notre volonté de travailler ensemble, d'élaborer des stratégies communes, de développer des réseaux de partenariats locaux, régions et nationaux.

Nous avons pu, au fil des ans, développer des compétences dans nos domaines d'activités respectifs. Professionnalisme et militantisme qui ont toujours prévalu depuis le début de la lutte contre le sida seront assurément, dans la période nouvelle qui s'ouvre à nous, les meilleurs garants de notre réussite.

PRÉSENTATION

MÉTHODOLOGIE

Notre ambition en rédigeant ces pages n'est ni d'offrir un compte-rendu exhaustif de l'ensemble des échanges qui ont eu lieu en atelier ou hors atelier lors du séminaire interassociatif réuni du 15 au 19 octobre 2006, ni de compiler des connaissances sociologiques et statistiques. Il s'agit plutôt de façonner un produit pratique que chaque acteur de la lutte contre le sida des DFA et Caraïbes pourra utiliser pour son action. Ce guide se veut une synthèse des études majeures présentées lors de ce séminaire et des libres échanges entre participants.

La présentation de cet ouvrage ne suit pas l'ordre du séminaire. En effet, présenter les chapitres par thèmes plutôt que par journées est apparu plus judicieux. Dans une première partie, 8 des 9 ateliers sont traités – celui sur les groupes de paroles étant devenu une fiche pratique rédigée par notre collaborateur Bruce MacArthur (également formateur chez Aides). Chaque thème est abordé sous l'angle des résultats des enquêtes KABP et Vespa puis des échanges à proprement parler entre participants. Certains sont développés sous forme de reportage ou d'interview, parce que considérés comme centraux par les acteurs du séminaire et présentant un intérêt particulier sous forme journalistique. Une seconde partie compile des informations pratiques avec notamment un premier annuaire de la lutte contre le sida dans les DFA, réalisé en collaboration avec le Comité guadeloupéen d'éducation pour la santé (qui lui-même en éditera un prochainement). Nous espérons que ces choix serviront vos combats.

Comme vous avez pu le constater, Xavier Bertrand, le ministre français de la Santé signe l'avant-propos de ce guide. Les départements français d'Amérique (Guadeloupe, Martinique et Guyane) constituent en effet une cible prioritaire dans la stratégie de prévention de l'infection au VIH en France telle que définie pour les années 2005-2008 par la direction générale de la Santé.

LES ENQUÊTES

Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004 (ORS Ile-de-France)
Cette enquête quantitative menée en population générale auprès de 3 014 personnes âgées de 18 à 69 ans a été réalisée selon la méthode aléatoire (tirage au sort dans une base de sondage). Au regard de la fréquence des abonnés inscrits sur liste rouge dans les DFA, ces derniers ont pu être tirés au sort également selon une procédure spéciale (27 % de l'échantillon final). La fraction de sondage de la population a été élevée aux Antilles et en Guyane avec 1 personne sur 300 interrogée (contre 1 sur 11 500 pour l'enquête conduite en métropole). Les questions étaient posées en français ou en créole et l'entretien téléphonique moyen durait 45 minutes. L'enquête a été conduite en Guadeloupe, Martinique et sur le littoral guyanais (les fortes spécificités socioculturelles des populations des Noirs Marrons et des Amérindiens résidant dans les communes « isolées » – fleuve et forêt – ont conduit les chercheurs à ne cibler que ce dernier). La première recherche menée en population générale apportant des clés sur le VIH dans les DFA était l'enquête *Analyse des comportements sexuels aux Antilles et en Guyane* (ACSAG) réalisée en 1992 sous la responsabilité de Michel Giraud et Augustin Gilloire. Aucune nouvelle enquête en population générale n'avait été menée depuis cette date (contrairement à la métropole où les enquêtes KABP sont répétées tous les 3 ans).

L'enquête ANRS Vespa en Antilles et Guyane, 2003 (ANRS)
Cette enquête est le volet outre-mer d'une enquête nationale menée dans toutes les régions françaises, tous les types d'hôpitaux et auprès de personnes séropositives issues de tous horizons (récemment ou anciennement diagnostiquées). En métropole comme en Antilles-Guyane, les personnes interrogées étaient des individus consultants en hôpital de jour, majeurs et diagnostiqués (VIH-1) depuis plus de 6 mois. Recrutés via leur médecin traitant, les enquêtés bénéficiaient d'une compensation sous la forme d'un bon d'achat de 15 euros et la confidentialité était assurée. Les personnes sondées dans les DFA pouvaient répondre en français ou en créole. Tous les hôpitaux des DFA ont été inclus contre un échantillon de 102 services hexagonaux et près d'un consultant sur 6 aux Antilles et en Guyane (15 % de la file active) pour un sur 20 en métropole. L'entretien durait en moyenne 53 minutes, le taux de réponse a été de 63 % dans les DFA (contre 62 % en métropole). Le nombre total de répondant métropolitains est de 2 932 personnes et en Antilles-Guyane de 398 consultants et 41 hospitalisés. Le petit effectif enquêté aux Antilles et en Guyane ne permet pas d'analyses précises et approfondies et on note une légère sous représentation des malades les plus en difficulté (comparaison entre hospitalisés et consultants).

DES CHIFFRES **VULNÉRABLES ET PRÉCAIRES**

Les migrants sont très nombreux dans les files actives des DFA. Ils se caractérisent notamment par une méconnaissance du VIH.

ATELIER 2
LE RÔLE DES ASSOCIATIONS COMMUNAUTAIRES ET DES PROFESSIONNELS AUPRÈS DES ÉTRANGERS ET DES MIGRANTS

référente :
Carine Favier,
Mouvement français pour le planning familial

Sandrine Halfen fournit quelques données permettant de dépeindre la situation : « *Les données épidémiologiques ainsi que celles de l'enquête VESPA montrent une surreprésentation des patients VIH étrangers – notamment haïtiens – dans les files actives des trois DFA.* » Selon l'enquête VESPA, aux Antilles et en Guyane, les immigrés ont plus souvent conservé leur nationalité d'origine qu'en métropole. L'enquête KABP, menée en population générale, nous apprend, elle, que les personnes nées hors DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud sont majoritairement haïtiennes (43 %) puis françaises (32 %). Les autres nationalités les plus représentées sont brésilienne, saint-lucienne, surinamienne, guyanaise ou dominicaine. Guadeloupe et Martinique comptent respectivement 6 % et 3 % de personnes nées à l'étranger (pour environ 11 % de personnes nées en métropole et près de huit sur dix natives de leur département). La Guyane fait figure d'exception avec moins de la moitié des habitants nés sur place, un sur quatre né à l'étranger et un sur cinq en métropole. Étrangers et migrants apparaissent en première ligne de l'urgence sanitaire dans les DFA. Ces derniers représentent en effet 11 % de la file active des patients séropositifs en Martinique, 31 % en Guadeloupe, 76 % à Saint-Martin et 80 % en Guyane. Sans compter le durcissement du contexte législatif. « *Depuis la loi du 24 juillet 2006, les recours contre les arrêtés de reconduite à la frontière ne sont plus suspensifs en Guadeloupe*, explique Didier Maille, du Comede. *Cette restriction était jusqu'alors seulement prévue en Guyane et à Saint-Martin.* »
Les personnes exilées qui échappent à l'expulsion se caractérisent par un certain nombre de spécificités et notamment davantage de croyances erronées sur la transmission du VIH.

Le préservatif féminin est également beaucoup moins connu au sein de cette population
Environ 6 % des hommes (5 % pour les natifs du département) ont eu recours aux services d'une prostituée au cours des cinq dernières années. On peut noter une moindre utilisation du préservatif pour les personnes nées hors de France avec 40 % de premières relations protégées chez les migrants caribéens ou sud-américains contre 58 % chez les personnes nées dans les DFA et 62 % chez celles nées en métropole. Près d'une femme migrante sur cinq a été confrontée au refus de capote par des partenaires contre moins d'une sur dix parmi celles nées en France. Elles sont également deux fois à trois fois plus nombreuses, entre 18 et 44 ans, à avoir subi une IVG au cours des cinq dernières années.
Dans les douze mois précédant l'enquête, 18 % des hommes nés dans la Caraïbe ont fait un test de dépistage (17 % des natifs du département et 20 % de ceux de métropole). Chez les femmes, cette proportion est de 33 %, bien supérieure à la moyenne de 21 % des françaises des DFA. Ces chiffres pourraient induire une interrogation sur la possible existence d'un système de dépistage à l'insu des migrants, plus que d'un plus grand recours au dépistage volontaire. Leur vulnérabilité face au VIH est principalement liée au faible niveau moyen d'études. En Guyane, 4 % des natifs de métropole sont sans diplôme. Cette proportion est de 24 % chez les personnes nées dans le département et passe à 63 % chez les personnes originaires de la Caraïbe. L'enquête révèle cependant qu'à âges et diplômes comparables, les connaissances et comportement ne sont pas très différents entre migrants et natifs des DFA.

« *La situation dans les DFA fait qu'une étude sur les étrangers portent de fait sur les immigrés puisque ces deux populations sont pratiquement confondues* », introduit France Lert. Aux Antilles et en Guyane, plus de huit personnes sur dix des 44 % de natifs des Caraïbes hors DFA sont restés de nationalité étrangère et 41 % des patients le sont contre 18 % en métropole. On note une grande diversité démographique avec 8 % de patients étrangers en Martinique et jusqu'à 79 % à Saint-Martin. La plupart des étrangers suivis à l'hôpital pour leur séropositivité (73 %) sont sur le territoire depuis plus de 10 ans et si près de 86 % ont des papiers, la moitié sont des titres de séjour temporaires. « *Un décalage existe entre l'ancienneté de l'immigration et la précarité du statut de ces*

personnes », insiste France Lert. Une mère étrangère sur cinq laisse au pays des enfants de moins de 16 ans (contre 1 % des migrantes françaises). « *Loin des idées reçues, un quart seulement fréquente sa communauté d'origine* », dit la chercheuse. Signe de leur ouverture (74 % souhaitent s'établir définitivement) ou marque du stigmate qui frappe les personnes séropositives ? En moyenne, 70 % des étrangers révèlent leur séropositivité à leur conjoint contre 92 % de Français. Un stigmate particulier semble peser sur les Haïtiens séropositifs qui ne sont que 38 % à en parler à leur entourage contre 62 % des autres étrangers et des nationaux. Ils sont trois fois plus souvent dépistés tardivement et en échec thérapeutique.

« *Si le niveau scolaire des migrants est faible (63 % de niveau école primaire contre 20 %) et les conditions de vie particulièrement difficiles, cela n'empêche pas une bonne observance aux traitements* », explique France Lert. Les étrangers sont 92 % à connaître des difficultés financières contre 60 % des Français (la moitié a accès au confort minimum – eau courante, toilettes, électricité ou frigo – contre 84 % des nationaux). « *Une des conclusions de ce travail est que les migrants, même de longue date, sont confinés dans des situations de précarité* », interpelle France Lert. « *Nous avons un problème de logements et d'économie souterraine*, souligne une participante. *C'est un cercle vicieux qui profite à certains et duquel nous ne sortirons pas tant que cette question ne sera pas résolue.* »

SYNTHÈSE
INTERCULTURALITÉ

Étaient présentes des associations communautaires et non communautaires. Les premières prennent en charge les personnes séropositives dans un cadre non spécifique au VIH pour éviter toute stigmatisation et ne pas risquer de rupture de la confidentialité. Elles mènent des interventions socioculturelles et font du soutien juridique, accompagnent les personnes vivant avec le VIH dans une démarche de soins en intégrant les référents culturels du public suivi (qui peut recourir à un système magico-religieux et à une médecine

alternative). Les associations non communautaires accueillent des populations étrangères sur des problématiques administratives et les personnes craignant la discrimination au sein de leur communauté. Certaines travaillent en réseau avec les associations communautaires. Les participants ont enfin rappelé le rôle de la médiation en santé publique, sous-utilisée dans la relation du malade au système de soin, bien que ne remplaçant pas le lien singulier malade-médecin.

Il a été rappelé la place de la coopération entre départements français et pays caribéens sans laquelle ces acteurs ne sauraient échanger pour adapter leurs actions aux migrations. Le partage et l'adaptation d'expériences réussies démultiplieront les solutions. Les gardes assurées par les associations haïtiennes en milieu hospitalier et peu pratiquées en France en sont une bonne illustration. Le respect du droit des étrangers est une cible incontournable (plaidoyer politique). Un cas de refus de délivrance de titre de séjour pour raison médicale à une PVVIH haïtienne est signalé cette année en contradiction avec les instructions de la circulaire de la Direction générale de la santé de septembre 2005.
Les associations doivent travailler avec leurs homologues des pays d'origine pour la continuité des soins, obtenir le soutien des pouvoirs publics, faciliter les démarches des personnes étrangères (former les personnels de préfecture, pallier le problème de l'interruption des droits pendant le renouvellement d'un titre et avoir un référent préfectoral santé). Idéalement, soignants et travailleurs sociaux seraient formés à l'interculturalité et la médiation culturelle soutenue et développée dans les établissements scolaires et de soins.

DES CHIFFRES
EFFECTIFS EN BAISSE, MOBILISATION EN HAUSSE

Le recours à la prostitution reste beaucoup plus courant dans les DFA qu'en métropole, mais une très nette tendance à la baisse se dessine.

ATELIER 3
ACCÈS AUX SOINS ET À LA PRÉVENTION DES PERSONNES PROSTITUÉES

référent :
Lionel Grand, Cabiria

Dans l'étude KAPB, il était notamment demandé aux personnes interrogées si au cours des cinq dernières années elles avaient eu des rapports sexuels en payant ou en étant payées. Seules deux femmes sur les 1 738 interrogées ont indiqué avoir été dans ce cas, sachant que sept n'ont pas souhaité répondre. « *Je suis vraiment très surprise par ce chiffre de deux femmes sur près de deux mille, qui me paraît très faible !* », intervient une participante guyanaise, travaillant auprès de femmes prostituées. Par ailleurs, 2 % des sondées ont dit avoir accepté au cours de leur vie « *des cadeaux, des avantages matériels, de la drogue ou bien de l'argent en échange de rapports sexuels.* » Côté hommes, 2 % ont déclaré avoir payé une personne lors de leur premier rapport sexuel tous âges et départements confondus. Parmi les hommes ayant eu exclusivement des rapports hétérosexuels au cours de leur vie, près de 7 % des répondants habitant en Guadeloupe et Guyane ont eu au moins une fois des rapports sexuels en payant ou en étant payés contre 3 % des hommes de Martinique (proportion comparable à celle observée en métropole).

L'enquête révèle cependant une baisse probable du recours à la prostitution en Guyane. Malgré la persistance de différences entre les trois départements et la métropole, et une stabilisation des proportions antillaises par rapport à 1992 (respectivement 9 % et 5 % des hommes de la Martinique et la Guadeloupe avaient eu recours à la prostitution), une évolution très nette se fait jour en Guyane. En effet, 23 % des hommes de Guyane avaient eu en 1992 un rapport sexuel payant ou payé contre seulement 7 % en 2004. Bien que les modalités différentes d'enquête (en face à face pour la première et au téléphone pour la seconde) puissent expliquer partiellement cette différence, elles ne sauraient être exclusives, car on ne retrouve de tels écarts pour aucun autre indicateur de l'enquête.

« *Le recours à la prostitution a certainement réellement reculé dans ce département* », conclue Sandrine Halfen.

En 2004, la proportion d'hommes ayant eu recours à la prostitution féminine demeure deux fois plus élevée dans les DFA qu'en métropole (5,2 % contre 2,5 %). Les écarts sont particulièrement marqués chez les hommes de 25 à 34 ans : ceux des DFA sont quatre fois plus nombreux que leurs homologues métropolitains à avoir eu des rapports payants (12 % contre 3 %). On note cependant des convergences : célibataires et multipartenaires ont davantage recours à la prostitution. Sur le front du préservatif, parmi les hommes des DFA ayant eu plusieurs partenaires dans les cinq ans, ceux qui ont eu recours à la prostitution ont été significativement plus nombreux à utiliser des préservatifs que les autres (96 % contre 78 %). Ce qui ne les empêche pas d'être particulièrement exposés aux IST. Un homme y ayant recours sur dix en a contracté une au cours des cinq dernières années. « *Ce paradoxe soulève à mon avis la question du stigmate* », affirme Lionel Grand de Cabiria. « *Ces personnes ont plus de conduites à risque et n'utilisent par ailleurs pas forcément le préservatif lors du rapport prostitutionnel* », répond Sandrine Halfen.

Concernant la prostitution des femmes, un changement notable réside dans le moindre recours des hommes aux services sexuels féminins payants au niveau des trois départements, mais surtout en Guyane. Les différences méthodologiques peuvent, on l'a vu, expliquer en partie ces résultats. Un autre biais possible serait une modification de norme sociale rendant moins facile la déclaration de recours aux services d'une prostituée. « *Néanmoins, on peut raisonnablement penser que la différence de déclaration est fondée, au moins en partie, sur un changement réel caractérisé par une diminution du recours à la prostitution dans ce département* », assure la chercheuse. Les études menées par Pierre Simon et Alfred Spira ont montré une baisse significative du recours à la prostitution en métropole sur un intervalle de temps à peu près comparable. En 1971, un homme âgé de 20 à 29 ans sur quatre avait eu recours à la prostitution contre seulement 5 % dans la même tranche d'âge en 1992.

L'enquête Vespa livre également des informations sur l'existence de rapports sexuels contre de l'argent ou des avantages matériels parmi les personnes vivant avec le VIH. « *Les hommes séropositifs au VIH rapportent un niveau relativement élevé de telles relations* », souligne France Lert, en préambule à sa présentation. Les

hommes séropositifs de moins de 30 ans sont près de 12 % à avoir eu des relations sexuelles avec des contreparties financières ou matérielles ; plus de 9 % à avoir eu recours à des prostituées dans l'année précédant l'enquête. Chez les 30-39 ans, ces proportions sont quasi semblables avec 10 % de travail sexuel et 9 % de recours à des prostituées la dernière année. Au-delà de 40 ans, ces proportions tombent à moins de 2 % et 6 % pour chacune de ces déclarations. À l'inverse, chez les femmes, ce sont les plus âgées qui mentionnent avoir eu des rapports sexuels contre de l'argent ou des avantages matériels au cours de leur vie.

SYNTHÈSE
TRAVAILLER EN RÉSEAU

Militants de tous pays, unissez-vous pour soutenir et accompagner les travailleurs et travailleuses du sexe ! Étaient représentés dans cet atelier, qui a réuni 35 personnes de tous horizons (qu'ils soient géographique, culturel ou associatifs), la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane, Saint-Martin, la République dominicaine, Haïti, le Suriname, Trinidad et la métropole. « *Une partie des échanges a été multilingue*, explique Lionel Grand. *Ce qui aurait pu être une difficulté s'est transformé en richesse.* » En préambule de sa restitution finale, le référent précise : « *Les termes "travailleurs et travailleuses du sexe" ont été délibérément choisis malgré l'intitulé initial puisque ce furent les termes majoritairement utilisés par les participantes.* »

En fin de première partie de travail, de grands axes ont été dégagés par les participants qui accompagnent au quotidien femmes, jeunes, migrants, personnes vivant avec le VIH, sans domicile fixe, personnes détenues ou usagères de drogues. Les DFA doivent travailler à tous les niveaux : local, de la Caraïbe, du bassin amazonien et international. À populations nomades, réponses en réseau. Dégager des financements communs est apparu comme le tenant naturel et un enjeu majeur de ces projets de coopération régionale. Au menu également : accès à la prévention et aux soins avec une continuité dans l'accès aux traitements, mise en place de méthodologies de projet et réinsertion sociale.

Pour structurer des réseaux caribéens et amazoniens, des objectifs sont apparus : identifier dans chaque lieu les besoins et leviers d'action, échanger les savoirs, les expériences et les outils, se concentrer sur travail du sexe et lutte contre le VIH, appren-

dre à « faire avec » la politique de sécurité intérieure et favoriser les démarches communautaires. Pour cela, une charte éthique pour les membres du réseau devrait être élaborée, un référent trilingue par unité géographique et un coordinateur réseau élus. Aux niveaux local et départemental, les participants veulent créer des outils pratiques et ouvrir le réseau aux associations de lutte contre le VIH et à celles de travailleurs du sexe. Les structures seront recensées – dont une déléguée –, les domaines de compétences des uns et des autres seront définis et une convention prévoyant des critères d'évaluation de l'action sera élaborée.

Concernant l'usage de drogue, deux axes sont apparus : améliorer l'adhésion aux traitements – ce qui passe par une amélioration du parcours de soins – et former les professionnels – leur sensibilisation doit passer par les personnes prostituées. Ce qui passe dans un premier temps par une potentialisation de l'existant et la mise en lien avec des personnes ressources. À terme, un réseau d'accompagnement vers la santé globale s'impose. Concernant les migrants, le défi réside dans la continuité d'accès aux traitements. Que ce soit pour les migrations internes ou internationales, les pistes proposées sont nombreuses. On peut retenir en premier lieu l'identification de référents dans chaque pays et départements afin de répertorier l'offre de soins, la législation sanitaire et sociale, les associations et les partenaires. La création d'outils pratiques, une enquête sur la mobilité et du *lobbying* associatif auprès des institutionnels dans chaque zone sont également au programme. Enfin, la formation de relais chez les hébergeurs ou les commerçants et le développement de programmes d'autonomie et d'estime de soi sont retenus.

Sur le front de la méthodologie de projet, les objectifs sont la création de groupes d'échanges d'expériences et de systèmes de communication communs (multilingues et multicommunautaires). Ce qui implique un lieu confidentiel et la demande d'aide aux associations, ONG, institutions et fonds de coopération internationale.

Les discussions se sont prolongées dans la soirée et les jours qui ont suivis, tant l'énergie née dans le cadre de l'atelier était importante. Les participants ont décidé de lister l'existant et les besoins pour constituer un projet commun et chercher des financements. La mise en réseau des compétences et des expériences sera indéniablement un outil supplémentaire dont l'efficacité ne fait aucun doute compte tenu de l'enthousiasme de tous. Un portail Internet devrait voir le jour. Les acteurs se reverront avant la fin du mois de décembre 2006 pour une réunion de suivi et en mars 2007 avec Sidaction.

DES CHIFFRES **POUR VIVRE HEUREUX...**

Vivre son homosexualité dans les DFA reste difficile, notamment à cause de la pression sociale et malgré une acceptation en progression.

ATELIER 4
IDENTITÉS SEXUELLES MASCULINES

référent :
Hughes Fischer,
coprésident Act Up-Paris

En population générale, 2 % à 3 % des hommes interrogés dans le cadre de l'étude KAPB 2004 indiquent avoir eu des rapports sexuels avec des partenaires masculins au cours de leur vie, des cinq années ou des douze mois précédant l'enquête. Contrairement à ce qui avait été observé lors de l'enquête ACSAG en 1992, les déclarations ne sont plus nettement plus faibles dans les DFA qu'en métropole. Une hypothèse explicative avait à l'époque été une sous déclaration pour cause de forte stigmatisation à l'égard des pratiques homosexuelles, notamment aux Antilles. Seulement 6 % des hommes et 11 % des femmes y jugeaient en effet « tout à fait » ou « plutôt » acceptable un rapport sexuel entre deux hommes. Les résultats observés dans l'enquête KABP 2004 pourraient donc être le signe d'une meilleure acceptation des pratiques homosexuelles, notamment masculines, favorisant une parole relativement plus libre à ce sujet.

Bien que les intitulés des questions ne soient pas strictement identiques entre les deux enquêtes, les données recueillies en 2004 vont effectivement dans ce sens. Désormais, 56 % des hommes et 65 % des femmes des DFA se disent « tout à fait d'accord » avec l'affirmation selon laquelle « les homosexuels sont des gens comme les autres. » Cependant, des statistiques viennent assombrir ce tableau : 26 % des hommes et 16 % des femmes ne sont « pas du tout d'accord » avec cette affirmation (contre respectivement 8 % et 5 % en métropole). Les personnes les moins diplômées sont les plus nombreuses à faire ce procès en anormalité. En Guyane, 30 % de ceux qui ont quitté les bancs de l'école avant 16 ans sont concernés contre 8 % des personnes ayant un niveau d'études supérieures.

Conclusion du rapport 2004 : « *On note donc le maintien d'une forte stigmatisation dans les DFA à l'égard des personnes homosexuelles.* »

L'enquête Vespa aborde l'identité sexuelle et l'homosexualité parmi les hommes vivant avec le VIH aux Antilles et en Guyane. « *Les hommes séropositifs déclarent plus de relations avec des partenaires masculins que ceux interrogés en population générale* », rapporte France Lert. Ces derniers sont près de 26 % à avoir connu au moins une relation sexuelle avec un homme au cours de leur vie. À la question de la définition de leur identité sexuelle, 77 % des répondants masculins se déclarent hétérosexuels, 14 % homosexuels et 8 % bisexuels (sachant que 1 % ne répondent pas). On peut souligner que parmi les hommes se définissant comme hétérosexuels, 6 % ont eu dans leur vie au moins un partenaire masculin.

S'agissant des relations au long cours avec un homme, le tableau est complexe. Parmi les hommes ayant eu des relations homosexuelles, 80 % de ceux qui s'identifient comme hétérosexuels n'ont jamais eu de relations suivies avec un homme ; proportion s'établissant à moins de 10 % chez les bisexuels, et à plus de 20 % chez les homosexuels. Ceux ayant connu une fois ce type de liaison sont plus de 20 % chez les premiers et près de 35 % chez les deuxièmes et troisièmes. Enfin, seuls les bisexuels et les homosexuels ont connu deux – ou plus – relations suivies, les premiers étant plus nombreux que les seconds (près de 60 % contre moins de 50 %). Autres données, concernant toujours les hommes ayant eu des relations avec un homme dans leur vie, mais cette fois au sujet des liaisons suivies avec une femme : près d'un hétérosexuel sur dix n'en a jamais eues, contre 30 % des bisexuels et plus de 70 % des homosexuels. L'ensemble de ces données vont dans le sens de l'existence d'une proportion significative, et plus importante qu'en métropole, d'hommes ayant des rapports avec des hommes, sans se définir comme homosexuels.
La question de la sexualité au moment de l'enquête a été posée aux bisexuels et homosexuels. Près d'un bisexuel sur cinq était en couple contre presque un homosexuel sur deux. Si 81 % des bisexuels ont informé leur partenaire stable de leur séropositivité – et utilisent systématiquement le préservatif – c'est le cas de 84 % des homosexuels et seuls trois sur quatre utilisent systématiquement le préservatif. L'existence d'un traitement d'urgence n'est connue que par quatre bisexuels et six

homosexuels sur dix. « Combien de partenaires masculins avez-vous eu ces douze derniers mois ? » Réponses : aucun, pour plus d'un bisexuel sur deux et pour un homo sur quatre, un seul pour environ 25 % des premiers et 30 % des seconds, trois ou quatre pour respectivement 10 % et 20 % d'entre eux. Seuls les homos déclarent plus de cinq partenaires dans l'année et seraient un peu plus d'un sur dix dans ce cas. Cette enquête révèle une forte insatisfaction sexuelle parmi ces hommes (60 % des bisexuels et 41 % des homos s'en disent pas ou pas du tout satisfaits).

Concernant la prostitution auprès d'autres hommes en fonction de la définition de leur identité sexuelle, 23 % des hétérosexuels et 5 % des homosexuels ont accepté des relations contre de l'argent ou des avantages matériels au cours de leur vie. Par contre, les bisexuels ne déclarent pas de relations monnayées.

SYNTHÈSE
POUR UNE COMMUNAUTÉ GAIE

Hugues Fischer s'exprimant lors de la séance de restitution collective des ateliers :

« Pour bien appréhender le travail réalisé par l'atelier 4 sur les identités sexuelles masculines, il est nécessaire d'en comprendre le titre. En effet, cette séance a été essentiellement consacrée à parler de l'homosexualité comportementale face au sida sans que ce titre ne l'évoque explicitement. Cette ambiguïté a fait naître quelques frustrations chez certains participants qui avaient cru y déceler un contenu différent. Ce qui a mis au jour, derrière un intérêt fort pour cette question de la dénomination et au travers d'elle, toute l'ambiguïté de la question de l'homosexualité dans la société caribéenne. Les organisateurs ne s'y étaient pas trompés en croyant englober plus facilement sous ce titre des comportements très divers, du fait essentiellement que bon nombre d'hommes au comportement homosexuel ne se reconnaissent pas nécessairement dans une communauté délimitée, que ce soit par manque d'identification ou à cause de la pression sociale. Ainsi, l'identité sexuelle des hommes

ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes n'est ici pas nécessairement celle d'une communauté gaie telle que la métropole la connaît, mais s'étend plus vers la bisexualité et ce plus sous la pression des normes sociales que pour une question d'identité sexuelle réelle. Le jeu des influences entre les traditions amérindiennes, l'héritage de l'esclavage et la normalisation religieuse a conduit les petites populations confinées des îles de la Caraïbe à devenir très machistes et intolérantes face à ceux des comportements sexuels jugés comme déviants. Ce qui n'empêche paradoxalement pas le multipartenariat des hommes d'être considéré comme valorisant, y compris avec des partenaires masculins. C'est dans ce contexte qu'il s'agit de faire passer un message de prévention.

Les participants à l'atelier ont donc tenté de définir les besoins essentiels qui une fois comblés permettraient de faire évoluer la question de la stigmatisation et du rejet des homosexuels. Chacun sait l'importance du bien-être social de cette communauté pour l'intégration de la prévention contre le VIH. Les différentes expériences menées dans tous les pays de la zone caribéenne montrent clairement combien la reconnaissance officielle et le soutien des associations gaies, même naissantes et petites, sont primordiaux. Ce caractère officiel constitue un accélérateur extraordinaire pour entamer une démarche de considération et de tolérance du public envers la communauté homosexuelle masculine. Le second aspect identifié est celui de la transmission du savoir. L'éducation sexuelle des jeunes telle qu'elle existe aujourd'hui ne fait que perpétuer les traditions ou, dans le meilleur des cas, transmettre exclusivement les valeurs du modèle dominant de l'hétérosexualité. C'est pourquoi il est nécessaire de mettre en place au niveau scolaire une éducation sexuelle comportant un enseignement des différentes identités sexuelles sans parti pris et incluant l'intervention de différents groupes communautaires afin de lutter contre la stigmatisation. Au final, ce sujet est reconnu par tous comme un thème de travail transversal majeur. C'est pourquoi, il est nécessaire de mettre en place les conditions d'un travail interassociatif, non seulement au niveau de chaque île, mais aussi à une échelle régionale afin de construire un programme de lutte contre la discrimination et pour une meilleure acceptation de la communauté gaie dans toute la Caraïbe. Le premier outil de travail pour atteindre cet objectif doit être un répertoire régional des associations gaies et de lutte contre le sida intéressées par la prévention de la transmission sexuelle, en commençant par celles de cet atelier.

Ainsi, nous pouvons espérer que lors du prochain séminaire, les associations gaies participeront avec fierté à un atelier qui pourrait s'intituler : l'identité homosexuelle face au sida, mieux réussir la prévention. »

DES CHIFFRES « AUTORISATION DE VIVRE »

Dans les DFA, l'annonce de la séropositivité entraîne également un très fort risque de rupture sociale, que le militantisme associatif, assez faible, ne peut pallier. D'où l'importance du rôle des soignants.

ATELIER 6
LA RELATION MALADE/SYSTÈME DE SOINS ET LE RÔLE DES ASSOCIATIONS

référente :
Stéphanie Mulot,
sociologue

Les données suivantes sont issues de l'étude CORES (financée par l'ANRS et Sidaction) dont les résultats sont présentés par Stéphanie Mulot, maître de conférence à Toulouse. La sociologue a rencontré plus de 115 acteurs de soins, patients et familles. L'enquête KABP révèle un contexte de représentations erronées et de forte stigmatisation propice aux condamnations morales, religieuses et sociales des personnes séropositives. Ces dernières sont dites « de mauvaise vie », « vicieuses », « peu respectables » ou « pas fréquentables ». La culpabilisation fonctionne auprès d'elles, d'autant que manque une histoire collective dans laquelle s'inscrire à cause de la faiblesse du militantisme associatif. La peur de mise au ban est d'autant plus forte aux Antilles que la construction de l'identité individuelle est fondée sur la validation de l'appartenance au groupe par le regard et la parole de l'autre et la conformité aux normes collectives. La crainte de la rupture des liens familiaux, sociaux et professionnels est donc forte. Cette mort sociale est vécue comme une « deuxième mort ».

Les Haïtiens vivant dans les DFA sont les plus concernés car leur séropositivité peut entraîner un isolement par rapport à leur communauté ou provoquer leur renvoi en Haïti. Par contre, métropolitains et toxicomanes le sont moins. Les premiers parce que leur identité individuelle est plus autonome par rapport au collectif et les seconds car ils ont déjà transgressé la norme sociale. Pour tous, l'annonce de séropositivité constitue un effondrement identitaire. « *Et si le sida altérait plus l'identité que la santé ?* », s'interroge la chercheuse. S'ensuit une période de sidération et de reconstruction identitaire, phase de grande fragilité caractérisée par un important risque de perdition (20 % des patients ne revien-

nent pas dans l'année qui suit l'annonce). Un patient : « *On devient une autre personne à laquelle il faut s'habituer.* » Ce temps est une sorte de période d'essai pour le personnel médical, évalué par le patient à l'aune de sa capacité à ne pas juger. Le basculement identitaire est un exercice d'autant plus difficile que l'on a été soi-même discriminant avant le diagnostic et que ses proches continuent à l'être. Certains ont peur d'être reconnus dans le service hospitalier et se font délivrer leurs ordonnances dans leur voiture sur le parking de l'hôpital. Ce climat crée un fort risque d'errance identitaire, voire thérapeutique.

Ce que cherchent les patients relève de « l'autorisation pour vivre ». Faute d'autres interlocuteurs, notamment associatifs, les soignants ont une immense responsabilité dans ce lent travail de recomposition identitaire. Les patients ont besoin d'aide pour se projeter dans la vie. Le savoir médical leur permet de mesurer ce qui reste possible (« avoir un homme », « avoir des enfants » ou juste « aller au carnaval »). Le bon traitement n'importe pas tant que la bonne relation de soin, celle qui humanise à nouveau en recréant les liens sociaux. Cette sidération relève de l'hypersensibilité des personnes séropositives perméables à tout ce qui se met en œuvre autour d'elles. L'hôpital devient le lieu où se joue le retour à la vie ou le renoncement à vivre. Les associations doivent apporter un soutien autour de l'annonce, montrer ce qu'est la vie avec le VIH et la nécessité de s'impliquer dans une prise en charge au long cours.

Des soignants paramédicaux sont attendus des qualités en termes de compétences, de capacité d'écoute, de réconfort, de considération et de discrétion. Les PVVIH attendent un échange gratifiant dépassant la seule technique et le respect de la confidentialité. De la part des médecins, les patients apprécient surtout la franchise sur leur état de santé, la sincérité, la compétence et la confiance. Etre mal soigné ou victime de rupture de confidentialité serait le plus grave pour les patients. Côté soignants, on est persuadé que seule la seconde importe aux soignés. Les personnels hospitaliers se montrent surprotecteurs et focalisent sur le risque de stigmatisation et d'exclusion encouru par leurs malades. Ce qui ne contribue pas, au final, à banaliser l'infection. Le médecin représentant une forme de censeur médical et moral, les patients qui souhaiteraient ne pas utiliser le préservatif auront du mal à l'évoquer avec lui.

On observe parfois une inversion des rôles, les patients veillant à ne pas déranger les soignants et se mettant à leur disposition. Ils distinguent plusieurs catégories de soignants (ceux qui « travaillent

comme pour un parent » et ceux qui « veulent payer les traites du 4 × 4 ») et attendent de se trouver face à la bonne personne pour formuler leur demande. Les médecins parlent peu du sida entre eux et avec les malades. Certains soignants expliquent attendre que le patient fasse le premier pas pour ne pas le forcer. « *Rien n'est prévu en France pour aider psychologiquement les soignants*, remarque un participant. *Nous devons parfois nous passer plusieurs mois de soignants épuisés.* » Stéphanie Mulot confirme : « *La vulnérabilité existe aussi côté médical et certaines attitudes de stigmatisation sont dues à l'épuisement psychologique.* » Les soignants antillais sont de plus pris entre deux appartenances – culturelle et professionnelle – pouvant être contradictoires. Le VIH devient invisible au sein de consultations où le mot « sida » n'est jamais prononcé. Le langage médical doit être adapté aux patients pour les aider à comprendre cette notion de « virus dans le sang sans être malade ». Sortir de cette invisibilité passera par une présence associative sans doute constituée en groupe de pression et une responsabilisation de la société et des familles. Ce qui au passage allègerait les hôpitaux de ce rôle de pansement social que les personnes séropositives leur demandent de jouer. La réponse se trouve dans la souffrance actuelle des personnes porteuses du VIH.

Le cas des Haïtiens

Les Antilles sont marquées par une situation de « post-colonialisme sans décolonisation ». L'attractivité des territoires français (malgré un taux de chômage de 35 %) les rend multiculturels. Dans ce contexte, le discours des soignants antillais sur les patients haïtiens est souvent accusateur. Le vaudou et ses sacrifices présumés évoquent sang et sida, et son référentiel magico-religieux effraie. Les patients haïtiens seraient intéressés (« *viennent pour profiter du système de soins et de la sécurité sociale* »), peu fiables et dangereux (« *les femmes viennent prendre les hommes guadeloupéens pour faire des enfants français, avoir leur papiers et les contaminent sans leur dire* »). Ces patients ne comprendraient pas la prévention et seraient très prenants (« *on dépense 80 % de notre temps pour 10 % des patients* »). Mais seraient plus résistants, entourés et attachants. Ce qui, selon la sociologue, traduit la « *nostalgie d'une culture antillaise traditionnelle perçue comme perdue* ». Et constitue la chronique d'un racisme ordinaire. En cas de saturation, les soignants risquent de leur accorder moins de temps et de tenir des propos méprisants ou menaçants. Entendu à l'hôpital : « *Vous allez mourir si vous continuez votre vaudou, c'est stupide et ce ne sera pas efficace !* » Certaines pharmacies hésitent à délivrer des traitements sans carte de sécurité sociale et des médecins à valider une demande d'autorisation de séjour quand les CD4 sont supérieurs à 400 copies. Ce qui engendre des « perdus de vue », pour lesquels la prévention ne peut être faite et crée un risque pour la santé publique. Les patients haïtiens seraient valorisés tant que pauvres et soumis, confortant la hiérarchie des rapports de race, de classe et de culture. Les soignants peuvent décider de faire de la culture haïtienne une arme supplémentaire contre la maladie ou au contraire un obstacle au soin.

SYNTHÈSE
ÉCOUTE ET RESPECT

Le jeu de rôle a permis une grande implication des participants, répartis en groupes thématiques (l'annonce et ses suites ; la consultation autour de la révélation au partenaire ; la mise sous traitements, ses effets secondaires et l'hospitalisation). Les participants sont arrivés aux conclusions communes que l'écoute, un climat de respect instauré dès le début et le positionnement du patient comme acteur de soin sont primordiaux. Idéalement, le patient doit être considéré comme un « professionnel » au sein de l'équipe soignante. Ne pas laisser ce dernier sans réponse, veiller aux situations anxiogènes et aux gestes indélicats et ne pas trop multiplier les interlocuteurs est également prôné. Pour parvenir à cet équilibre, un travail en amont avec les équipes médicales est nécessaire. La présence de pairs conseillers séropositifs formés par les associations apparaît requise à chaque étape, mais en laissant le patient libre de refuser cette aide. L'association doit se faire médiatrice sans chercher à se substituer aux médicaux. Pour cela, elle doit avoir les moyens de se former au counselling, à la relation d'aide et accueillir en son sein des professionnels (nutritionnistes, psychologues, etc.). Ce qui permettrait notamment de renforcer leur crédibilité auprès des équipes soignantes et médicales. Concrètement, un local de permanence doit être prévu dans les services, ainsi que les outils permettant une collaboration entre équipes soignantes et associations tels une charte, un annuaire et un réseau. Enfin, qui mieux que les personnes concernées peuvent former les professionnels de santé à la relation d'aide sur ce terrain ? Reste la difficulté à trouver un projet commun lors de l'atelier, qui appelle à un nouveau temps de réflexion collective pour inventer notamment la manière concrète de se positionner comme acteur de soin pour le patient VIH. Conclusion en forme d'encouragement : travail naissant à soutenir !

DES CHIFFRES
QUESTIONS DE GENRE

Les chiffres attestent toujours d'une certaine domination masculine, notamment dans le « droit » à l'infidélité. Bonne nouvelle toutefois, l'utilisation du préservatif progresse.

ATELIER 8
LES RELATIONS ENTRE HOMMES ET FEMMES EN LIEN AVEC LES PRISES DE RISQUE SEXUEL

référentes :
Nicole Roussel
et **Carine Favier**
(Mouvement français pour le planning familial)

Les chiffres attestent toujours d'une certaine domination masculine. Aux Antilles et en Guyane, l'âge d'entrée dans la sexualité diffère plus qu'en métropole entre les populations masculine et féminine. Bien que les écarts entre hommes et femmes tendent à se réduire, les premiers sont plus précoces sexuellement que les jeunes filles. Les hommes de métropole entrent plus tard que ceux des Antilles et de Guyane dans la sexualité mais peu de différences existent entre femmes des DFA et de métropole.

Des questions sur le multipartenariat ont été posées aux enquêtés de KABP. Il est défini comme avoir eu au moins deux partenaires sexuels – simultanés ou successifs – au cours des douze derniers mois. La norme sociale peut jouer sur le nombre de partenaires déclarés, les multiplier étant relativement valorisé chez les hommes mais stigmatisant pour une femme. Vingt pour cent des hommes jugent acceptable l'infidélité de l'homme marié mais 14 % celle de l'épouse. Les femmes sont seulement 6 % à juger ce comportement tolérable pour un mari ou une femme. Près d'un homme sur quatre dans les DFA déclare avoir eu au moins deux partenaires l'année précédente contre la moitié (12 %) en métropole. Aux Antilles et en Guyane, 43 % des 18-24 ans sont dans ce cas pour 16 % des 55-69 ans (8 % en métropole). Les femmes sont concernées pour 6 % d'entre elles tous territoires confondus. On note une homogénéisation des pratiques entre les trois départements français depuis 1992. Le multipartenariat des DFA engage plus souvent que dans l'Hexagone des relations simultanées et durables.

Sur le front des préservatifs (masculins), la bataille avance depuis 1992. Seuls 70 % des hommes et 50 % des femmes en avaient utilisé une fois dans leur vie à cette date contre respectivement

85 % et 72 % (amélioration notable chez les femmes de Guyane notamment). En métropole, 84 % de la population masculine et 72 % de la population féminine en ont déjà utilisé. Par contre, le préservatif féminin demeure peu usité avec 4 % en ayant déjà utilisé un (dont 67 % « juste pour essayer »). Ceux des jeunes hommes ayant eu leur premier rapport avant 1985 ont été 7 % à se protéger contre 80 % de ceux débutant leur vie sexuelle après 1996. Les jeunes filles sont, elles, passées de 11 % à 71 % en fonction de la date de leur première relation sexuelle. En métropole, les garçons entrés en sexualité après 1996 sont 87 % à avoir utilisé un préservatif et les filles 81 % (contre respectivement 12 % et 13 % avant 1985). Les personnes nées hors DFA dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud se protègent moins au premier rapport. Les femmes non diplômées demeurent celles qui se protègent le moins lors de cette relation initiale (40 % après 1996), et font donc exception à la tendance globale à une plus grande utilisation du préservatif, observable pour l'ensemble de la population des départements français.

Les multipartenaires sont presque trois fois plus nombreux à utiliser le préservatif que les monopartenaires tous sexes et territoires confondus. Certains critères accentuent ce décalage comme l'absence de diplôme (34 % des femmes et 53 % des hommes se protègent), un âge compris entre 45 et 69 ans (17 % des femmes pour 54 % des hommes) ou cohabiter en couple (27 % contre 62 %). On observe par ailleurs une utilisation du préservatif par les femmes moins directement liée au risque VIH que les hommes. Ainsi, avec un partenaire connu depuis moins d'un an, la fidélité présumée de ce dernier ou le fait qu'il ait réalisé un test de dépistage ne semble pas modifier de manière significative le recours au préservatif. Elles sont environ 45 % à y recourir quand le partenaire est présumé fidèle et 58 % dans le cas contraire. Chez les hommes, cette présomption d'infidélité fait passer les pourcentages de 58 % à 73 %. Au final, les femmes sont moins nombreuses que les hommes à se protéger et semblent moins maîtriser la prévention (femmes multipartenaires deux fois plus exposées aux refus de capote que les hommes).

Violences sexuelles

Les femmes sont au premier rang pour les violences sexuelles subies au cours de la vie. Si 8 % des femmes des DFA en ont subies contre 7 % de celles de métropole, respectivement 7 %, 8 % et 12 % en ont été victimes en Guadeloupe, Martinique et Guyane. Côté

hommes, 2 % des populations masculines des Antilles et de Guyane sont dans ce cas pour 1 % des hommes de métropole. Dans le détail, 3 % des hommes de Guadeloupe déclarent en avoir été victimes, 2 % pour ceux de Martinique et 1 % pour ceux de Guyane.

Inégalités de genre

Seules 51 % des femmes séropositives (contre 55 % des hommes) avaient eu des rapports sexuels dans les douze mois précédents l'enquête. Les femmes sont moins satisfaites que la population masculine séropositive de leur vie sexuelle. Elles sont moins nombreuses que les hommes à révéler leur séropositivité à leur partenaire dans une relation de couple (12 % contre 20 %). Une sur trois fait état de difficultés au sein du couple pour l'utilisation du préservatif (deux fois moins en population masculine). Seules 10 % des personnes interrogées ont utilisé au moins une fois le préservatif féminin et les femmes en sont les premières utilisatrices (14 %).

Données ANRS-Vespa.

Maternité et VIH

Les femmes en âge de procréer (moins de 45 ans) au moment du diagnostic sont 81 %. Parmi elles, au moment de l'enquête, plus de 35 % ont déjà connu au moins une grossesse – une sur quatre après leur diagnostic –, et près de 9 % une ou plusieurs IVG. Au moment de l'enquête, en 2003, les femmes encore en âge de procréer (dont 18 % n'ont jamais eu d'enfants) sont à 5 % enceintes ou essaient de l'être et pour 14 % désirent un enfant. Plus de 60 % d'entre elles n'en veulent plus. Le risque de transmission de la mère à l'enfant est perçu comme très important par 32 % des femmes, assez important par 20 %, peu important par 11 % et très faible par 27 %. Une sur dix ne sait pas évaluer ce risque.

Données ANRS-Vespa.

SYNTHÈSE
HOMMES, FEMMES, MODE D'EMPLOI

Les Antilles et la Guyane partagent une histoire commune tout en présentant des spécificités départementales fortes. Chaque DFA possède son identité propre et tous sont caractérisés par des cultures diverses. Les premiers échanges, marqués par une intervention masculine polémique, montre l'importance de travailler sur les rapports entre hommes et

femmes avant de se pencher sur leurs liens avec la nature des prises de risque. Cet atelier est bâti selon la volonté de Nicole Roussel sur des mises en situation pour partir des expériences vécues, du niveau empirique et non théorique. Cet appel à participation a créé des réactions violentes de personnes surprises par la nature du travail ou submergées par l'émotion de ce que les exercices demandés ont fait émerger. Ces dernières n'ont pas toutes pu mettre en commun leur expérience. Des résistances masculines sont également survenues par rapport à ce qu'implique comme remise en cause personnelle et professionnelle cette approche de la prévention par les rapports sociaux de sexe. Ce qui montre l'importance de la mise en confiance lorsque les publics ne sont pas familiers de ce type de travail de groupe.

Les freins à la prévention repérés comme spécificités locales reposent dans les coutumes (multipartenariat traditionnel socialement admis pour les hommes et réprouvé pour les femmes), la précarité, l'analphabétisme et certaines « susceptibilités liées à l'histoire » (interventions métropolitaines parfois perçues comme néocoloniales). Au rang des obstacles universels, l'amour et la confiance comme illusion de protection et les violences conjugales sont citées. Quels remèdes ? Former des acteurs de santé au cœur de chaque communauté (adaptation à la diversité), travailler en réseau avec partage d'expériences et de savoirs, favoriser la communication entre hommes et femmes lors des actions de terrain et adapter les stratégies de prévention en fonction du sexe. Un axe de travail retenu est de « faire pression pour que l'Éducation nationale mette en place des programmes pour bien vivre la mixité. »

Les projets sont de créer un portail Internet, multiplier les échanges (outils et expériences) et mettre sur pied des formations sensibilisant aux nouveaux enjeux de prévention que sont les rapports de genre. Créer de nouveaux outils et renforcer les capacités des associations sont également de première importance. Les trois piliers de cette coopération associative sont les associations communautaires (pour dépasser les barrières culturelles), de lutte contre le sida et celles agissant auprès des jeunes (objectif de pédagogie préventive). Interroger le rapport entre féminin et masculin apparaît – l'atelier en est la preuve – comme un préalable indispensable au travail préventif sur le risque.

DES CHIFFRES
DE L'IMPORTANCE DE LA RELIGION

La religion est très présente dans les DFA et la Caraïbe. Envisager une lutte contre le sida sans considérer son impact social serait aller droit à l'échec.

ATELIER 1
SOUTIEN INDIVIDUEL ET COMMUNAUTAIRE DES RELIGIONS À LA LUTTE CONTRE LA DISCRIMINATION

référent :
Jean-Louis Vildé,
président,
Chrétiens et Sida

La religion occupe une place importante aux Antilles et en Guyane. En effet, 29 % des hommes de Guadeloupe, 33 % de ceux de Martinique et 17 % de ceux de Guyane lui accordent une place « très importante » dans leur vie contre 6 % des métropolitains. Côté femmes, 40 % de celles interrogées en Guadeloupe, 48 % de celles de Martinique et 27 % de Guyane[1] sont dans ce cas contre 8 % des femmes interrogées en métropole.
Plus les gens sont âgés, plus la religion est centrale dans leur existence : 17 % des jeunes âgés de 18 à 24 ans sont très religieux contre plus de 46 % de leurs aînés âgés de 55 à 69 ans. Les femmes sont plus croyantes que les hommes, cette différence de genre étant particulièrement marquée dans les DFA. Entre 45 et 54 ans, 30 % des hommes des Antilles et de Guyane sont très croyants pour 44 % de la gent féminine, tandis qu'en métropole, ces proportions sont respectivement de 5 % et 6 %. Près d'un homme sur cinq et plus d'une femme sur trois assistent au moins une ou deux fois par mois aux offices religieux (à comparer aux 10 % de pratiquants réguliers déclarés en métropole).

Plus des trois quarts de la population font confiance aux médecins, chercheurs et associations de prévention, ainsi que, dans une proportion légèrement moindre au ministère de la Santé, pour s'informer sur le VIH. Les autorités religieuses sont plébiscitées par 22 % de la population comme relais sûrs, après les enseignants (40 %) mais avant l'entourage et les amis (20 %). Si l'importance accordée à la religion n'influe pas sur celle accordée au corps médical, elle joue toutefois sur celle accordée aux autorités religieuses pour recevoir cette information (35 %). Les personnes moins croyantes,

[1] Toutes les personnes interrogées dans les DFA dans le cadre de cette enquête sont des métropolitains installés dans les DFA.

elles, ne font alors confiance qu'à 8 % aux autorités religieuses sur cette question propre. Pas de règle définitive toutefois puisque un quart des plus croyants ne font absolument pas confiance aux instances religieuses sur ce chapitre. Les personnes accordant une place très importante à la religion sont plus ignorants que leurs compatriotes des modes de transmission du VIH à âge, sexe, diplôme et situation conjugale comparables. Elles sont aussi moins multipartenaires, mais quand elles le sont, la place accordée à la religion constitue un frein à l'usage du préservatif.

Les résultats de l'enquête ANRS Vespa 2003 confirment que le sentiment religieux est fort chez les personnes atteintes aux Antilles et en Guyane. Il est qualifié d'important ou de très important par plus de huit personnes sur dix. Par ailleurs, 20 % des sondés ont adopté une autre religion que celle dans laquelle ils ont été élevés, réduisant la part des catholiques au profit d'autres églises chrétiennes. On compte ainsi 64 % de catholiques, 13 % d'évangélistes, 5 % de témoins de Jéhovah et 15 % de croyances religieuses « autres » (et 3 % d'athée). Les plus croyants sont les plus enclins à envisager la maladie comme un châtiment divin ou un mauvais sort (17 % de ceux pour qui la religion est « très importante » et 5 % de ceux pour qui elle n'est « pas très importante »). Plus des deux tiers de la population ont recours à la prière pour lutter contre la maladie, un quart aux remèdes traditionnels et moins d'un dixième aux guérisseurs. « *Cette proportion, très faible, est peut-être sous-estimée, l'enquête ayant été menée en milieu hospitalier et médicalisé* », suggère France Lert.

Ces chiffres qui parlent

Seuls 11 % des personnes ont révélé leur séropositivité à un prêtre et 3 % à un tradipraticien. Dans ces deux cas, 34 % ont reçu le soutien de leur confident contre près de 70 % quand d'autres personnes – amis ou membres de la famille – sont choisies. Ceux pour qui la religion est très importante sont un peu plus de 7 % à être soutenus par un groupe religieux contre moins de 1 % quand elle est importante.

SYNTHÈSE
ENTRE NÉCESSITÉS MORALES ET VITALES

« *Malgré l'imperfection de toute œuvre, nous avons notre pierre à apporter dans la lutte contre le sida* », introduit Jean-Louis Vildé, président de Chrétiens et sida. Cette association a pris pied dans les DFA en octobre 2005. « *La première prise de contact remonte à l'an 2000*, raconte Marie-Dominique Ohresser. *Quand je suis arrivée en Guyane, j'ai été accueillie assez fraîchement* ». Puis une petite équipe locale très motivée a porté ce projet. Les prêtres et pasteurs sondés par l'association disent éprouver « *une grande compassion* » à l'égard des malades du sida. Cette approche compassionnelle a paradoxalement pu poser problème au début de la collaboration entre associations laïques et chrétiennes de lutte contre le sida. « *Les personnes séropositives ont certes besoin d'être accompagnées dans une première phase de grande fragilité*, explique une militante de Aides. *Mais ensuite, elles se reconstruisent, retrouvent leurs forces, et ces discours de type caritatif ne doivent pas devenir un obstacle* ».

Les militants de Chrétiens et sida ont parfois commis des faux-pas de débutants. Une jeune femme séropositive, mise à la porte de chez elle par son mari, est orientée par le prêtre guyanais auquel elle se confie vers Chrétiens et sida, dont une militante fini par l'héberger chez elle. « *Je l'ai accueillie à la maison parce qu'elle se mettait en danger toutes les nuits* », explique cette dernière. La cohabitation, bien que généreuse, fut houleuse et notamment marquée par une tentative avortée de soins gynécologiques à l'eau de Javel. La jeune protégée a fini par reprendre son chemin dans un circuit d'accompagnement classique. « *C'est une erreur de prendre une personne chez soi, il ne faut surtout pas le faire*, explique Violaine (Aides). *Mais aller au bout de sa démarche et découvrir les limites de l'accompagnement improvisé permettent de trouver sa place.* » Désormais la collaboration fonctionne bien. Et tous les témoignages ne disent qu'une chose : l'accompagnement humain, dès l'annonce, est primordial.

« *Sur les 350 patients séropositifs suivis dans mon cabinet, moins de 10 en ont parlé avec des religieux car ils ne com-*

prennent pas le sida et ont un message très moraliste », explique le Dr Van Hoch. Le praticien évoque l'entrée précoce des jeunes dans une sexualité « riche » dans les DFA et des « responsables d'église peu disponibles » pour parler de prévention. Ce qui aggrave l'épidémie. « *Il est difficile pour un leader religieux de parler de sexe quand il doit dénier toute sexualité personnelle* », intervient une Trinidadienne. « *Pourquoi ne pas former les religieux à la source, dès le séminaire ?* », interroge Alix Béranger (Sidaction). L'idée paraît bonne aux anciens séminaristes, bien que sans doute délicate à mettre en pratique. « *Ce problème n'existe pas chez les prêtres et prêtresses vaudous, qui sont polygames et peuvent parler de sexualité*, explique Ilderice Nerat (Conavo). *Nous formons des dizaines de jeunes leaders à la prévention dans le sud de Haïti.* » Le point de vue des autres religions manque car elles ne sont pas représentées. Dominique Pineau regrette que « *les religieux ne disent jamais leur séropositivité, que seuls les plus "petits" osent et fassent bouger les choses ; nous devons avancer main dans la main.* »

Les conceptions de l'église sont questionnées. *Quid* des réponses à un questionnaire local suggérant des « victimes innocentes » du sida ? Stéphanie Mulot dénonce les théories affleurant sur un « bon et un mauvais sida » et appelle les hommes d'église à la responsabilité. « *Des aberrations scientifiques circulent au sein des églises sur des grossesses qui se produiraient malgré des relations protégées*, ajoute le Dr Michel Ohayon (SIS). *On en tire de fausses conclusions sur la porosité présumée des préservatifs qui permettraient le passage du VIH !* » Réponse des croyants : nous montrons comment utiliser le préservatif, mais ne pouvons aller jusqu'à en distribuer. Ces militants prêchent une « éthique de la responsabilité » auprès des jeunes, reconnaissent naviguer entre nécessités morales (« abstinence et fidélité ») et vitales (préservatif). Les premières seraient préférables, mais pas toujours accessibles (« accidents de fidélité » et « inégalités Nord/Sud »), auquel cas la protection est conseillée. « *Je crains que la fidélité ne soit pas toujours un gage de protection* », précise le Dr Ohayon. Stéphanie Mulot interroge la différence entre norme idéale de tolérance et pratiques ecclésiales réelles. « *Nous sommes précisément ici pour le réduire* », répondent les intéressés, qui ont souvent accompagné un malade du sida.

« *Pour aider une personne, il faut l'aborder dans toutes ses dimensions, y compris spirituelle, mais le contexte français est très anticlérical* », affirme le pasteur guadeloupéen Stéphane Brooks. « *Finalement, nous souffrons aussi de discrimination*

dans la lutte contre le sida. » Une coopération avec médecins et associations laïques, notamment *via* un portail commun, pourrait apporter des outils comme un répertoire et des permanences pluridisciplinaires. Reste une arme inutilisée. « *Comme tous les hommes nous sommes faillibles, mais on nous répète tellement le contraire que nous sommes doublement vulnérables face au VIH* », témoigne le pasteur Brooks. « *J'ai soigné deux prêtres et un évêque métropolitains pour qui parler était inenvisageable*, confirme un médecin. *Le combat avancerait plus vite si ces hommes le faisaient.* »

« Un sida des hommes et un sida naturel »

Catherine Benoît, anthropologue et professeur au Connecticut College (États-Unis), revient sur le lien entre le vaudou, très puissant dans les Caraïbes, et le sida. Une cohabitation pas toujours aisée.

Qu'est-ce que le vaudou ?

Au XVIII[e] siècle, le terme vaudou a désigné une danse, puis un culte mettant en scène des couleuvres, avant de se développer en des cultes divers. Ces pratiques sont nées dans les plantations américaines pendant la période esclavagiste à partir de cultes importés de manière fragmentaire par les Africains. Interdits de pratiquer leur religion d'origine en vertu des arrêtés du Code noir de 1685, des individus isolés ont élaboré – au contact des populations européennes – des systèmes symboliques et spirituels originaux. Le vaudou qui a émergé après l'indépendance d'Haïti en 1791 est le socle des pratiques actuelles. On peut définir quatre catégories contemporaines de vaudou.

Il existe un vaudou des *lakou* et des démembrés – unités foncières rattachées à une généalogie familiale et spirituelle – droit héritier des pratiques postindépendances. Le démembré réfère à cette propriété, mais partagée au gré des successions et des ventes. Ce culte est ancré dans un territoire familial où sont honorés les esprits des ancêtres et les divinités vaudou de génération en génération. Ce qui explique l'existence de grandes différences régionales et familiales. Le vaudou est tout sauf une religion doctrinale avec des pratiques monolithiques qui seraient transmises par un corps d'officiants reconnus nationalement.

On a aussi un vaudou plus urbain, développé à Port-au-Prince (Haïti). Si cette pratique n'est pas ancrée dans un territoire familial, certains péristyles – lieux de pratique du vaudou – des villes peuvent appartenir à des officiants liés familialement à ceux des campagnes. On appelle ces prêtresses et ces prêtres des mambos et des hougans, mais la terminologie varie avec les pratiques régionales, subrégionales et familiales. La troisième catégorie – les sociétés secrètes – alimente un débat de chercheurs pour savoir si elle est réellement rattachable au vaudou, même si ces sociétés accueillent nombre de vaudouisants.

Enfin, des associations de mambos et hougans se sont constituées après la chute de Duvalier en 1986 pour protéger officiants et péristyles. Accusés de soutien à la dictature duvaliériste, près de 400 mambos et hougans ont été assassinés. Le milieu associatif s'est organisé en vue de la promotion d'une religion vaudoue homogène. La Commission nationale de structuration du vaudou (Conavo) – instance technique de la Fédération nationale correspondante (Fonavo) – a œuvré à la reconnaissance du vaudou comme religion officielle par décret du 14 avril 2003. Ce qui dérange nombre de vaudouisants considérant cette pratique comme une affaire familiale et privée aux antipodes d'une religion unifiée. Ce mouvement correspond à l'émergence d'un vaudou se calquant sur les monothéismes avec rédaction d'un livre sacré, conceptualisation d'une divinité vaudoue tutélaire, cérémonies dominicales et reconnaissance des baptêmes, mariages et enterrements par l'état-civil ! Ces nouvelles pratiques séduisent peu d'adeptes car le vaudou est un culte familial, personnel et diversifié. Enfin, une pratique se développe à destination des étrangers impatients d'être initiés à ce qu'ils croient être le vaudou. C'est la commercialisation du vaudou pour une clientèle américaine et française avec initiations rapides dans des temples choisis sur sites Internet. On est en plein folklore.

Quelles places ont le VIH et la maladie dans le vaudou ?

La pauvreté autant que les représentations traditionnelles du corps et de la maladie font qu'une grande majorité de personnes séropositives commencent leur itinéraire thérapeutique par des soins domestiques. Puis, souvent sous la pression de proches, le malade se rend ensuite chez un guérisseur, avant d'avoir, dans de rares cas, recours au système de soins biomédical. L'infection au VIH prête à deux interprétations non exclusives. La première est une compréhension en terme de cause biologique - ouvrant aux soins biomédicaux – et la seconde est une approche sur l'origine de la maladie avec une recherche de sens. Sur ce plan, le vaudouisant pourra penser que la maladie est d'origine surnaturelle et causée par un esprit. En Haïti, un patient peut parfaitement aborder sa maladie sous ces deux angles et avoir à la fois recours au vaudou et à la biomédecine. Je suis arrivée au vaudou en suivant les itinéraires thérapeutiques de patients haïtiens à Saint-Martin, qui suivaient les traitements allopathiques – à l'époque l'AZT – tout en affirmant ne pas avoir le sida. Ils disaient que c'était un « mort sida » (ou « sida des hommes ») – en opposition au « sida naturel » d'origine biologique –, causé par une agression sorcière, un esprit vous communiquant les symptômes. Cette maladie ne saurait être soignée sans traiter son origine surnaturelle, sans repérer qui est à la source de cette attaque ciblée. Le diagnostic du « sida des hommes » d'origine sorcière ou du « sida naturel » d'origine biologique repose non pas sur une différence de symptômes mais sur l'évolution de la maladie ou la réaction aux traitements du guérisseur. Une amélioration physique peut être utilisée par le guérisseur comme preuve qu'on est en présence d'un « sida des hommes ».

De même, en Haïti, une personne infectée se disant victime d'un « mort sida » et non contaminée par le VIH, ne s'inscrit pas uniquement dans une compréhension sorcière

de la maladie. Cette notion peut être un mécanisme de défense psychologique face à l'absence de traitements : mieux vaut se croire victime d'un sort que penser à la mort. Elle permet aussi parfois de maintenir une solidarité familiale – union contre le jeteur de sort – en lieu et place d'une mise au ban. Ceux qui survivent se sont fait dépistés à temps à leur initiative, celle de leurs proches, d'un employeur peu scrupuleux, lors d'une opération, d'une grossesse ou grâce au guérisseur. La mise sous ARV et le recours à une association de soutien aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH) met un terme au recours au vaudou.

Les représentants vaudous sont-ils de bon relais de prévention ?

Non, pas actuellement, pour trois raisons. Ils ignorent la symptomatologie, ne savent pas, le cas échéant, où envoyer leurs clients eu égard au manque d'infrastructures sanitaires et n'y trouvent pas leur intérêt car la maladie des clients est une source d'enrichissement dans un contexte de grande misère. Beaucoup disent traiter et essayer de soulager tous les malades jusqu'au dernier moment. Quand l'issue fatale approche, soit la personne meurt, soit par miracle elle arrive dans un centre de dépistage ou à l'hôpital. Référer un client à un médecin revient à le perdre. Certains le font en disant : « *Je vous ai traité la cause surnaturelle, maintenant vous allez chez un médecin pour la cause naturelle.* » Les formations suivies telles que généralement conçues ne sont pas un moteur – des séminaires organisés à Port-au-Prince ont réuni 100 personnes pendant 3 jours – car elles ne sont pas adaptées. On abreuve par exemple des personnes illettrées des derniers chiffres de l'Onusida. Sur les 109 guérisseurs enquêtés, la plupart avaient suivi des formations mais se révélaient absolument ignorants des modes de transmission. Certains résidaient pourtant à quelques dizaines de mètres seulement de centres de prise en charge des PVVIH ! Ceux qui adressent leurs clients sont proches d'associations, de centres de soins, n'ont pas seulement suivi des formations, mais ont reçu plusieurs fois des agents de santé dans leurs péristyles. Parmi les 9 guérisseurs sur les 109 interviewés ayant référé leurs clients à des médecins ou associations, la plupart avaient perdu un proche du sida. Cet humanisme au-delà des intérêts commerciaux n'est pas la règle. Il faut se méfier d'une réification de certaines pratiques mises en œuvre par des hommes et des femmes qui, interpellés sur la question du sida, peuvent avoir des intérêts financiers et politiques bien autres que thérapeutiques en devenant les référents d'ONG. Certains patients ont dépensé plusieurs milliers de dollars en une année chez un seul guérisseur !

Résultat de ces formations inadéquates, les croyances sont légion : la transmission par voie intraveineuse ou de la mère à l'enfant est souvent inconnue, les femmes éliminaient mensuellement par le sang l'unique virus dont elles seraient porteuses, etc. J'ai assisté à plusieurs formations auprès d'associations vaudoues au cours desquelles le formateur associait le risque exclusivement au sang, ce qui rendait la transmission possible uniquement à condition qu'il y ait blessure sur la paroi du vagin ou du pénis. Il n'était dit à aucun moment que le virus

était présent dans le sperme et le liquide vaginal. Conclusion : on peut faire l'amour sans préservatif tant qu'on n'est pas trop « passionné ». Cette idée largement véhiculée est présente dans la version créole de la brochure produite par le ministère de la Santé haïtien (MSPP).

Certaines pratiques vaudoues aggravent-elles les risques relatifs au VIH ?

Votre question est très intéressante parce que c'est le discours tenu aux étrangers par les associations se positionnant sur des financements. Ces dernières servent aux bailleurs potentiels tous les fantasmes de « l'homme blanc » sur le vaudou. On parle de cérémonies qui seraient de véritables orgies sexuelles, mais du plus grand centre vaudou au plus petit péristyle, je n'ai jamais vu de telles choses. Les scarifications sont également mises en avant parce que les lames servent à plusieurs personnes. Des ethnologues ont signalé une modification des rituels de protection par scarification dans au moins deux centres de Port-au-Prince. Bien que le risque ne soit pas nul, je pense que cela participe d'une imagerie très travaillée. Les associations vaudoues qui essaient de se positionner sur le marché que représente le sida offrent un visage correspondant parfaitement au fantasme occidental. Leur discours est une bonne entreprise de marketing.

Quelles pistes de travail proposez-vous ?

Je pense que la collaboration avec des officiants vaudous doit être minimale, se limiter à des opérations de sensibilisation et de formation adaptées sur la reconnaissance des symptômes possiblement liés au sida. Il faut amener les guérisseurs à référer des clients sans pour autant connaître leur statut biologique pour éviter tout risque de stigmatisation. Un des principes du vaudou est d'expliquer la maladie en identifiant un agent qui vous fait du mal par sorcellerie. Ce qui conduit à l'identification d'une personne responsable mise au ban de la communauté sur désignation du guérisseur. Si on donne à ce dernier les moyens de savoir qui est séropositif, on lui offre paradoxalement le pouvoir de trouver des boucs émissaires désignés. On accroît les risques de stigmatisation. Les actions de sensibilisation doivent absolument s'accompagner du développement d'une éthique de la confidentialité.

Ce qui vaut pour toutes les communautés religieuses haïtiennes. Les fidèles séropositifs catholiques et protestants sont mis au ban de la communauté par le prêtre ou le pasteur et doivent souvent quitter l'église. C'est le transfert du puritanisme nord-américain sous les tropiques. Je pense que la prévention doit être une affaire gouvernementale, médicale, d'associations et d'ONG laïques. Il serait dangereux de vouloir déléguer ce rôle aux religieux. Les projets de collaboration ne peuvent que s'inscrire dans une politique de santé où les guérisseurs peuvent avoir une place au même titre que d'autres leaders communautaires dans des programmes de sensibilisation, mais pas comme suppléants d'un système médical défaillant.

DES CHIFFRES
STIGMATISATION TENACE

Les résultats des études sociologiques et comportementales témoignent d'une meilleure acceptation des personnes séropositives. Mais tout n'est pas encore réglé pour une intégration totale.

ATELIER 5
PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH

référentes :
France Lert,
directrice de recherches,
Inserm
et **Stéphanie Mulot,**
sociologue

Selon les données du rapport KABP Antilles-Guyane, les trois départements français d'Amérique connaissent au plan épidémiologique une situation « *plus défavorable que la métropole* » (source Direction générale de la Santé) et les données les plus récentes montrent une épidémie très active. En 1993, seuls 3 % des cas de sida en France étaient recensés dans les DFA contre 10 % actuellement (la population de ces départements représente moins de 2 % de celle totale de la France). Le nombre de nouveaux cas de sida rapportés à la population est six fois plus élevé qu'en métropole (24 cas contre 4 cas enregistrés dans l'hexagone pour 100 000 habitants en 2003 et 2004). Les DFA, très différents, partagent deux autres caractéristiques : transmission majoritairement par voie hétérosexuelle (70 % dans les DFA contre 22 % en métropole) et fréquence relativement élevée de personnes âgées dans les files actives de patients suivis pour le VIH (11 % de patients de plus de 60 ans dans les DFA contre 5 % en métropole).

L'enquête KABP montre que les gens sont majoritairement opposés à l'adoption de mesures discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), mais moins massivement qu'en métropole : 85 % des personnes sont ainsi opposées à l'idée selon laquelle « *il faut isoler les malades du sida du reste de la population* » contre 94 % en métropole. La stigmatisation augmente selon le degré de proximité avec la personne. Les comportements de rejet, s'ils ont diminué entre 1992 et 2004, demeurent toutefois plus importants qu'en métropole : 48 % des habitants des DFA accepteraient de laisser leurs enfants ou petits-enfants en compagnie d'une

PVVIH contre 64 % dans l'Hexagone. La discrimination apparaît liée notamment à l'ignorance des modes de transmission du VIH. « *Le résultat le plus marquant de ces premières analyses est l'isolement affectif et la faible fréquence de l'activité sexuelle chez les PVVIH dans la région Antilles Guyane* », concluaient les auteurs d'un article présentant l'enquête ANRS Vespa 2003 dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*.

Plus de 85 % des personnes des DFA sont opposées aux mesures qui interdiraient aux enfants séropositifs d'aller à l'école ou isoleraient les malades du sida du reste de la population (contre 94 % dans les deux cas en métropole). Huit sondés sur dix ne comprennent pas les médecins refusant de prendre en charge des patients séropositifs (contre 86 % en métropole) et un peu plus de sept sur dix ne pensent pas que le sida soit « un châtiment de dieu ». Ils sont 53 % à être opposés à l'isolement des malades du sida des autres patients dans les hôpitaux (contre 64 % en métropole) et 47 % à un classement des consommateurs de crack comme des délinquants (contre 76 % en métropole pour les toxicomanes). Si la volonté d'isoler les porteurs du VIH dans les hôpitaux peut être interprétée comme une mesure de protection des malades immunodéprimés, elle traduit surtout un risque perçu comme élevé pour les séronégatifs.

Une personne sur dix environ refuserait de travailler en compagnie d'une PVVIH aux Antilles et en Guyane, contre 3 % en métropole. Une sur cinq déclinerait l'invitation à manger chez un hôte séropositif (contre 5 % en métropole), 23 % des sondés refuseraient d'habiter sous le même toit qu'une PVVIH et la moitié d'en embaucher pour faire la cuisine. Presque trois personnes sur quatre sont réticentes aux relations sexuelles, même protégées, avec une PVVIH (contre 61 % en métropole). Huit personnes sur dix continueraient à voir leur médecin si ce dernier soignait des patients séropositifs, mais moins de la moitié si c'est lui qui l'était. Une limite se dessine aux frontières de l'intimité. Par contre, les trois quarts accepteraient que les activités organisées par une association avec des malades du sida le soient dans leur immeuble.

On peut observer une diminution de la stigmatisation dans les DFA en comparant les résultats des enquêtes ACSAG en 1992 et KAPB en 2004. Ils indiquent une augmentation de 15 à 20 points du nombre de personnes acceptant un contact avec une personne séropositive. Exemples : un tiers des personnes déclaraient en 1992 qu'elles accepteraient de laisser leurs

enfants ou petits-enfants en compagnie d'une PVVIH contre actuellement 48 % et un adulte sur cinq était favorable à interdire l'école aux enfants séropositifs alors que 8 % le sont en 2004. « *Les paroles rejoignent-elles vraiment les actes ?* », interroge une participante. Malgré la diminution apparente des différences entre DFA et métropole, la stigmatisation demeure plus importante dans les premiers (68 % des sondés acceptent de manger chez une personne séropositive contre 81 % en métropole). Ce qui fait écho au fait que les personnes interrogées sont deux fois plus nombreuses qu'en métropole à réfuter que « *les homosexuels sont des gens comme les autres* ».

Les résultats montrent que la probabilité d'une meilleure acceptation des personnes séropositives est plus élevée chez les personnes nées en métropole (en comparaison avec celles nées dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud), celles sachant que le sida ne peut pas se transmettre en buvant dans le verre d'une personne contaminée et celles qui sont bachelières ou diplômées de l'enseignement supérieur. Connaître personnellement une personne séropositive favorise aussi l'ouverture. À activités sexuelles comparables, le niveau de stigmatisation est plus faible parmi ceux ayant adopté des conduites préventives. Selon le rapport KABP, le rejet des personnes séropositives constitue un frein aux pratiques de prévention. Chez les personnes associant le sida à la « maladie de l'autre », la stigmatisation des personnes séropositives pourrait être associée à un plus grand déni du risque pour soi entraînant un moindre recours à des comportements préventifs.

La sexualité, la vie de couple et la prévention chez les hétérosexuels vivant avec le VIH sont abordées dans l'enquête ANRS Vespa. L'âge moyen au diagnostic est de 40 ans pour les hommes et 35 ans pour les femmes (au moment de l'enquête, ils ont en moyenne respectivement 48 ans et 42 ans). Moins de 10 % ont eu un seul partenaire de l'autre sexe au cours de leur vie. Près de 70 % des hommes ont connu plus de six partenaires au cours de leur vie et la même proportion de femme en a connu entre deux et cinq. Au cours des douze derniers mois, 55 % des hommes et 51 % des femmes ont eu des rapports sexuels. On note une forte diminution de la vie de couple, passée de 69 % au moment du diagnostic à 44 % lors de l'enquête. « *Les couples se défont et ne se refont pas* », commente la chercheuse. Après 50 ans, cette proportion tombe à 32 %. Parmi ceux vivant en couple, 86 % sont actifs sexuelle-

ment. Moins d'une personne séropositive sur cinq se déclare très satisfaite sexuellement, les moins satisfaites étant celles n'ayant que des partenaires occasionnels et les femmes.

La stigmatisation dans la société se retrouve en miroir dans les déclarations des personnes atteintes interrogées dans l'enquête VESPA. Les hommes sont 12 % et les femmes 20 % à ne pas révéler leur séropositivité à leur partenaire sexuel stable. Deux phénomènes se conjuguent, un frein culturel et un diagnostic plus récent. L'ancienneté du couple est déterminante : après moins d'un an de relation, 55 % n'ont pas encore dit leur statut à leur partenaire, proportion tombant à 16 % à plus d'un an puis 7 % passé cinq ans. « *L'analyse de l'utilisation du préservatif est limitée par le petit effectif de personnes sexuellement actives dans l'enquête* », souligne France Lert. Ceux qui ont parlé au partenaire sont 80 % à se protéger systématiquement. Une femme sur trois rapporte des désaccords dans le couple sur l'utilisation de la capote, contre deux fois moins chez les hommes. Seuls 10 % des répondants ont utilisé au moins une fois le préservatif féminin. Avec un partenaire occasionnel, 82 % taisent leur statut et 84 % utilisent systématiquement le préservatif. Un tiers seulement des hétéros sexuellement actifs connaissent le traitement d'urgence.

Aux Antilles et en Guyane, 28 % des personnes séropositives restent dans le secret alors que seules 5 % le sont en métropole. Quand le secret est rompu, souvent à l'occasion d'une hospitalisation, 65 % le disent au conjoint, 32 % à la mère, un frère ou une sœur, 25 % aux amis, 22 % au père, 20 % à un autre membre de la famille ou aux enfants, 11 % à un prêtre et 3 % à un tradithérapeute. Les célibataires sont alors 80 % à recevoir de l'aide des médecins et infirmières, 21 % des amis, 17 % de leurs enfants, 12 % de leur mère ou au sein de la fratrie et 6 % de leur père. Ceux avec conjoint sont majoritairement aidés par le personnel médical (66 %), la mère ou les frères et sœurs (16 %), les amis (15 %), les enfants (9 %) et le père (6 %).

SYNTHÈSE
PAROLES DE SÉROPOS

« *Nous, séropos, sommes en situation de souffrance, la vie n'est pas facile avec le VIH* », témoigne Max Vincent Jean (Amvie). « *Après l'annonce, j'ai pris 30 kilos*, se souvient Dominique Pineau (Gwada Uni Vers). *Pour d'autres, c'est l'alcool ou le suicide.* » Beaucoup pensent que leur sexualité, voire leur vie, sont finies. « *On m'a appris ma séropositivité devant mon épouse et du personnel de l'hôpital de Cayenne*, raconte un médecin guyanais. *Les regards ont changé quand je nourrissais mon épouse hospitalisée.* » Et d'ajouter : « *Nous sommes devenus des Martiens, nous n'étions plus de ce monde et sans mes enfants je ne serais plus là.* » Faut-il le dire aux proches ? « *Au vu de certaines réactions, pas forcément* », répond Dominique. « *Ma sœur s'est effondrée en larmes*, se souvient Thierry (Blue Moon). *Ce n'était pas la réaction que j'attendais !* » Les proches sont en état de sidération, sous le choc, ce qui provoque des difficultés. « *Après l'annonce, les gens errent seuls près de l'hôpital en pleurant*, rapporte Michelle (Guyane). *À Kourou on a la fusée mais pas le sida !* » La militante évoque un problème récurrent de rupture de confidentialité par le personnel hospitalier.

Le tableau haïtien est sombre : « *Les gens sont souvent testés par leurs employeurs et licenciés ! Des femmes enceintes meurent devant les urgences et les mômes de parents séropositifs sont battus à l'école. Sans compter les 250 000 orphelins du sida qui grossissent les rangs des gamins des rues, sauf quand ils ont la chance d'être adoptés par une maman séropositive.* » La discrimination est très forte en Jamaïque et à Trinidad et Tobago. Une Trinidadienne : « *Les gens ont peur de se faire soigner à cause de la stigmatisation alors que les traitements sont gratuits.* »

« *Une annonce médicale mal faite conditionne la suite mais il y a encore beaucoup d'annonces à la hussarde* », dénonce Ramon Ferrer (CISIH de Guyane). « *Il faut être plusieurs car le médecin est le mauvais messager, celui qui casse tout et cela ne favorise pas le retour de la personne* », confirme le Dr Luc de Domingo (Guyane). « *Lors de mon annonce, je n'ai pas trouvé le conseil*

que j'aurais aimé pour m'accompagner dans mon cheminement, explique un participant. *Seule une personne qui a déjà vécu cela peut comprendre une telle annonce.* » Si les associations de PVVIH sont une nécessité et sont appelées à jouer un rôle majeur au moment de l'annonce (permanences physiques, système de garde ou de veille téléphonique), la majorité ne plébiscite pas « un club VIH » exclusivement formé de personnes séropositives. Ces associations veulent accueillir des professionnels de santé, déléguer des référents au sein des instances sanitaires et franchir le difficile obstacle de l'exposition pour se muer en « super communicantes « auprès des médias, mais aussi des entreprises et des écoles. Les campagnes de prévention seraient sans doute moins axées sur la peur du sida et donc des séropos. L'idée d'un portail Internet commun est une piste sérieuse pour ces acteurs séparés par des kilomètres d'océan.

« Un pas de géant »

Dominique Pineau, présidente de Gwada Uni Vers, a été la première personne séropositive à prendre publiquement la parole dans les DFA. Douloureuse mais libératrice, son expérience fait des émules.

Vous avez été la première à prendre la parole publiquement dans les DFA. Quel cheminement donne ce courage ?

C'est un cheminement lourd de larmes, de cris, de pleurs, de casse. Je suis allée faire une prise de sang, pour un homme que j'aimais, persuadée de ne rien avoir. J'ai appris ma séropositivité le 14 janvier 1999. Mon médecin était impuissant et atterré. On voit la mort devant soi. Je suis sortie de son cabinet complètement désarticulée. Dans la rue, je ne voyais pas les voitures, je ne savais plus où j'habitais. De retour au bureau, je me suis dit qu'il me restait 6 mois à vivre, qu'il fallait que je classe mes affaires et que je m'occupe de mes enfants. Que je profite au maximum de ce qui me restait. Quand un de mes enfants m'a rapporté qu'on lui avait dit : « *Ta mère est une "machin", elle a le sida* », j'ai décidé de le dire à mes trois garçons en leur apportant aussi des informations rassurantes sur les traitements possibles. Un dimanche, je les ai réunis – ils avaient 4 ans, 10 ans et 15 ans à l'époque – autour d'un gâteau et leur ai annoncé. À ma grande surprise, mon deuxième m'a reproché de ne pas leur avoir dit plus tôt, de ne pas leur avoir fait confiance.

Je faisais dépression sur dépression. De Guyane, j'ai demandé ma mutation pour la Guadeloupe où je suis arrivée seule avec mes trois fils et mon secret. L'association Entraides, qui organisait des sorties, m'a permis de prendre une bouffée d'air. Avoir un lieu où parler est tellement important. En 2002, j'ai pu le dire à une tante, violemment car c'était la seule manière possible à cette époque. Elle était la première de la famille après mes fils. J'ai bien fait, elle a toujours été à mes côtés. Au cours de ces années difficiles, j'ai rencontré Marie-Lise Salin, qui animait depuis dix ans un groupe de parole féminin. Nous avons décidé de monter une association de personnes séropositives en 2004. Cela faisait alors cinq ans que je vivais avec le VIH. Je serais restée seule si je n'étais pas allée au-devant des associations. Les débuts de Gwada Uni Vers ont été difficiles ; l'exposition est émotionnellement compliquée. Certains projets ont avorté au dernier moment parce qu'on ne se sentait pas la force de les porter publiquement.

Vous souvenez-vous de votre première prise de parole publique ?

5 mai 2006. Ce n'est pas une chose que l'on oublie. C'était dans le cadre d'une intervention au lycée professionnel Blanchet de Gourbeyre auprès de jeunes garçons en difficulté. Je ne devais pas parler de moi mais quand j'ai vu ces mômes, je n'ai pas eu d'autre choix que de leur parler vrai. C'est un pas de géant à franchir. Quand je leur ai dit que j'étais séropositive, un incroyable silence s'est fait. J'ai raconté la réorientation de ma vie et la lourdeur des traitements. Je les ai fait imaginer ce que pouvait représenter une prise à vie de médicaments chaque jour à horaires fixes. Le fait de ne pas avoir connu de rejets trop brutaux – comme se retrouver à table avec sa chaise, sa timbale et son verre à son nom – me donne la force suffisante pour le faire.

Conseillez-vous systématiquement de le dire aux proches ?

Non. C'est vraiment un cheminement individuel. L'idéal est que la personne soit en position de choisir entre dire ou ne pas dire. Qu'elle soit libre de ne pas le faire, mais pas par peur. La souffrance liée au virus est forte, associée à celle de l'humiliation, cela devient intenable. Chaque nouvelle étape où j'ai pu le dire a été libératrice. On réalise que les gens et les choses ont évolué, ce qui est rassurant. On sait alors pouvoir en parler de plus en plus librement et on ose sortir du silence.

Les mentalités et attitudes ont-elles beaucoup évolué dans les DFA ?

Individuellement, oui. Le groupe est une chose, l'individu une autre. Ce que les gens acceptent dans l'intimité est différent des discours tenus en groupe. Les choses avancent en Guyane, Guadeloupe et Martinique. C'est peut-être différent sur de plus petits territoires comme aux Saintes. La géographie compte. Certains lan-

çaient des paroles en groupe en plaisantant sans se demander si certains étaient concernés. Ce genre d'attitude commence à reculer grâce à la prévention, on fait plus attention, parce que chacun comprend que tout le monde est concerné.

Pouvez-vous poser des mots sur la souffrance liée à la séropositivité ?

La première souffrance est celle de la mort. On se voit mourir. On se dit que c'est la fin. Puis, quand on réalise que finalement on ne meurt pas, une autre souffrance s'installe. Celle de l'amour, de la relation sexuelle. Envisager l'amour devient difficile, pas impossible, mais difficile. On ne se voit pas forcément dire du premier coup qu'on est séropositif pour éviter que cela se retourne contre nous. Les relations sentimentales ne sont déjà pas simples naturellement mais elles deviennent vraiment compliquées. Le conjoint finit toujours par vouloir des relations non protégées et dire sa séropositivité n'est pas si simple ! Parfois, je préfère ne rencontrer personne pour éviter de me retrouver dans une galère. Et avec mon profil de bonne ménagère, mes partenaires ne se posent pas souvent la question du préservatif ! La question d'une relation sexuelle motivée par l'idée qu'elle est sans risque plane sur mes rencontres. Certains amis sous traitements – je n'en ai pas besoin pour le moment – me disent aussi parfois préférer sauter une prise que s'exposer aux questions indiscrètes. Affronter les préjugés est un combat difficile. Enfin, ma grande souffrance a été de me demander si je verrais mes enfants grandir. C'est une de nos hantises. Mes deux grands sont tirés d'affaire et autonomes. Je voudrais voir grandir mon dernier, mais s'il devait m'arriver quelque chose, j'aimerais le savoir en sécurité. C'est aussi pour cette raison que partager son secret avec les gens qu'on aime – encore une fois il s'agit d'une démarche personnelle et intime - est si important. Pouvoir sortir du mensonge et les trouver autour de soi est extraordinaire (rires). Je rigole en pensant à une amie qui m'a dit : « *Je n'aurais pas dû le dire à ma mère car je l'ai un peu trop autour de moi maintenant* » !

Est-ce important de pouvoir le dire dans une association ?

Le fait de pouvoir le banaliser quelque part est très important surtout pour ceux qui n'ont pas réussi à en parler à leur famille. On se conseille, on s'épaule. On ne reste pas à souffrir seul dans son coin. Nous veillons les uns sur les autres. Dans différents moments de baisse de moral – nous en connaissons tous – un simple coup de fil peut faire la différence.

Pensez-vous que l'annonce se soit améliorée dans les DFA ?

Oui. En écoutant les interventions lors du séminaire, je me suis dit que les choses évoluaient dans le bon sens. Les gens ont pris conscience de comment mieux le dire. Avant c'était très technique et froid. Un médecin de Guyane nous a parlé de sa

souffrance de professionnel. N'oublions pas que délivrer une telle nouvelle est tout sauf évident. Au moment de l'annonce, faire la jonction entre le temps de l'annonce et celui du départ du patient avec une parole qui réconforte humainement est vital. Le patient, en état de sidération, ne comprendra pas sur le coup, mais entendra et se rappellera. Cela peut être le fil entre le choix de mourir et celui de vivre.

Vous dites avoir connu un passage nécessaire par le temps de l'émotion, avant de pouvoir passer à celui de l'action. Collectivement, diriez-vous que cette étape a été franchie ?

Oh, non ! Ce qui m'a fait le plus plaisir au cours de ce séminaire est que mon témoignage a permis à d'autres de parler et se libérer. Un homme qui vivait avec son secret depuis des années m'a remerciée « *d'avoir ouvert la porte* ». C'est extrêmement fort. Ce témoignage a donné son orientation au séminaire. Les gens étaient présents, on parlait d'eux avec eux, chacun disait son ressenti, ce qui manquait, ce qu'il faut construire. Les témoignages montrent qu'il y a encore beaucoup d'émotion, on est au début de quelque chose de fort. En fait, les gens osent dire, ils avaient besoin de se libérer. Ceux qui ont pu dire continueront ailleurs. C'est l'assurance d'un effet boule de neige.

Quelles pistes et quels blocages identifiez-vous ?

Le séminaire permettra aux associations de la Caraïbe de travailler ensemble, ce qui est extrêmement important. Toutes les associations ont leur place à prendre autour de la table. La présence de Chrétiens et Sida était une bonne chose mais nous ne ferons pas l'économie de la franchise. Si on veut que les associations coopèrent et que les gens puissent venir se confier aux religieux, chacun doit lever le voile. Ces derniers devraient reconnaître que le sida les concerne aussi directement et pas seulement leurs ouailles. Le combat est identique concernant le monde médical. On dirait qu'il y a les autorités – médecins, religieux – comme une sphère d'en haut, et puis celle d'en bas qui serait le sida et les malades en général ! On se pose forcément la question du VIH dans la première. Ce n'est pas un reproche, mais comment aller vers des personnes dont la souffrance personnelle est taboue ? Cette omerta prévaut pour les médicaux et les religieux. Je me demande comment font ceux qui vivent cela de l'intérieur. Nous ne travaillerons efficacement ensemble que sur des bases assainies.

DES CHIFFRES
PLUS FRÉQUENTS MAIS TARDIFS

ATELIER 7
AMÉLIORER
LE RECOURS
ET LA PROPOSITION
DU DÉPISTAGE

référent :
Michel Ohayon,
coordinateur médical
de Sida Info Service

Dans les DFA près de la moitié de la population a pratiqué au moins une fois un test de dépistage, contre un quart en métropole. Mais ces dépistages sont souvent tardifs et sans lien systématique avec l'activité sexuelle.

Le recours au dépistage est important au sein de la population des DFA. « *Et demeure élevé chez les plus de 34 ans, ce qui est sûrement lié au multipartenariat tardif* », explique Sandrine Halfen. Les enquêtes ACSAG et KABP confirment cette tendance. En 2004, comme en 1992, les personnes dépistées sont deux fois plus nombreuses en proportion dans les DFA qu'en métropole. En 2004, 39 % des hommes et 44 % des femmes de ces départements déclarent avoir eu recours au test VIH au moins une fois (contre respectivement 23 % et 26 % en métropole) au cours des cinq années précédentes. Les douze mois précédents, près d'une personne sur cinq dans les DFA indique avoir fait un test contre deux fois moins en métropole (9 %). Cependant, ce dépistage apparaît tardif parmi les personnes diagnostiquées au stade sida ou suivies en milieu hospitalier. Une explication réside sans doute dans sa moindre corrélation qu'en métropole avec l'activité sexuelle (surtout chez les hommes). En effet, parmi eux, 14 % de ceux ayant été sexuellement abstinents au cours des douze derniers mois se sont fait testés dans les DFA (contre 5 % en métropole) et 16 % des monopartenaires se sont fait dépistés (contre 5% en métropole). Les hommes ayant eu au moins deux partenaires dans les douze mois se font tester à 22 % tous territoires confondus. Les femmes des DFA sans partenaire dans l'année sont 7 % à se faire tester et celles avec un seul partenaire sont 19 % (contre respectivement 3 % et 10 % en métropole). La proportion passe à 35 % pour celles avec deux partenaires au moins (contre 31 % en métropole). Conclusion de la chercheuse : « *Le fort niveau de dépistage dans les DFA comparé à la métropole s'explique principalement par le recours plus*

important au test des abstinents et des monopartenaires. » Le dépistage semble également moins associé qu'en métropole à l'utilisation du préservatif : 20 % des hommes en ayant utilisé dans l'année se sont faits tester contre 16 % de ceux ne l'ayant pas fait. En métropole, cet écart est du simple au double (12 % de ceux qui se sont protégés se sont faits dépister contre 6 % dans le cas contraire).

Les circonstances du recours au dépistage sont dans les DFA plus souvent médicales qu'en métropole. La proportion d'hommes ayant effectué leur dernier test dans le cadre d'un bilan sanguin y est deux fois plus élevée (21 % contre 11 %). Les femmes ont le plus souvent effectué leur dernier dépistage dans le cadre d'un examen prénatal ou prénuptial (31 %), ce qui est proche des proportions métropolitaines. Concernant les causes de tests probablement intégrées dans une stratégie de prévention car liées à des prises de risque (« relation sexuelle non protégée », « abandon de préservatif » ou encore « doutes sur la fidélité du partenaire »), elles sont d'autant plus citées que l'activité sexuelle est risquée. Si seulement un monopartenaire sur cinq en évoque dans le cadre d'un test, près d'un tiers des « multipartenaires successifs » et la moitié des « multipartenaires simultanés » sont dans ce cas. Les laboratoires sont les principaux lieux où sont effectués ces tests avec ou sans prescription (68 % et 6 %), dans les DFA comme en métropole (respectivement 58 % et 7 %). Les CDAG accueillent aux Antilles 5 % des personnes se faisant dépister et en Guyane 9 % (restent les hôpitaux hors CDAG et les dons de sang ou d'organes). « *Ces structures accueillent une population davantage exposée au risque VIH et répondent donc*, estime Sandrine Halfen, *aux objectifs qui ont conduit à leur mise en place.* » Les résultats positifs de tests VIH sont plus nombreux dans les CDAG que dans les labos privés.

En 2003 (enquête Vespa), près de la moitié des personnes atteintes ont été diagnostiquées avant 1996 et parmi celles diagnostiquées depuis, la moitié l'ont été tardivement. Les 30-39 ans et les plus de 50 ans, les étrangers (particulièrement les Haïtiens), ceux qui ne vivent pas en couple et ceux qui ne sont pas parents sont plus exposés au dépistage tardif. Le délai déclaré entre diagnostic et premier contact avec un médecin pour le VIH évolue depuis 1983. Près de 15 % des diagnostiqués positifs entre cette date et 1996 avaient attendu plus d'un an contre aucun parmi ceux dépistés entre 2000 et

2003. Si une grande majorité ne laisse pas passer plus d'un mois entre ces deux moments (tendance constante depuis 1983), ceux attendant entre un et six mois sont plus nombreux parmi les plus récents dépistés qu'avant 1999, au détriment de ceux consultant dans les quatre semaines. Depuis les ARV, les visites régulières à l'hôpital ont augmenté progressivement mais se sont toujours situées à un niveau élevé. Le diagnostic tardif est un des facteurs associés aux échecs thérapeutiques (12 % dans les DFA contre un peu plus de 5 % en métropole). « *Le dépistage tardif doit être amélioré*, affirme France Lert, *par des stratégies multiples, tenant compte de l'âge, vers les personnes seules et celles immigrées* ».

Méconnaissances

Quatre-vingt dix-sept pour cent des personnes savent que le test se fait par analyse sanguine mais 18 % (contre 15 % en métropole) pensent qu'il est également réalisable par analyse d'urine. Trente-sept pour cent des sondés pensent que le dépistage est obligatoire lors de l'entrée à l'hôpital (17 % en métropole). Et la moitié des enquêtés croient que le test de dépistage est obligatoire dans « tous les examens sanguins ». Ces croyances peuvent constituer un frein au dépistage en persuadant faussement les personnes qu'elles ont été testées et auraient été prévenues en cas de séropositivité découverte.

SYNTHÈSE
CADRE À PRÉCISER

Le Dr Michel Ohayon introduit cet atelier en rappelant quelques données : la France se situe au 2e rang européen après l'Autriche pour le taux de dépistage et les DFA font mieux que la métropole. Le recours au dépistage sans lien évident avec les pratiques sexuelles est confirmé par l'afflux après chaque 1er décembre de jeunes personnes vierges pour un test. Et le recours au test VIH est souvent lié à une prescription médicale (grossesse par exemple). « *Les CDAG travaillent plus que bien mais sont mis en cause sur leur moindre fréquentation dès que l'amélioration*

du dépistage est en débat. » Et le médecin de préciser : « *Les avancées éventuelles ne se feront pas sans ces structures et se feront sans doute grâce à elles.* » Le référent ajoute concernant les taux de dépistage dans les DFA : « *Le faible recours des 18-24 ans est étonnant car les jeunes sont la cible principale de la prévention.* » Et rappelle la spécificité locale des contaminations à des âges « avancés ».

Certains participants trouvent la peur du résultat peu citée dans les raisons avancées par les enquêtés (associée aux Antilles et en Guyane à la crainte que la nouvelle se répande). Sont rappelés les termes du débat entre tenants d'un dépistage généralisé reposant sur le postulat que la prévention est de la responsabilité principale des séropositifs et ceux estimant que cette dernière est aussi l'affaire des séronégatifs ! La question des dépistages à l'insu soulevée en plénière fait un retour fracassant par la voix d'une infirmière hospitalière : « *Nous pratiquons beaucoup de dépistages sauvages.* » Laquelle poursuit en aparté : « *Certains médecins de ville nous envoient les patients séropositifs qu'ils ont dépistés à leur insu et nous devons nous débrouiller pour leur faire accepter un dépistage sans quoi ils restent dans l'ignorance.* » Choquant mais visiblement courant. Au final, des pistes apparaissent concernant les CDAG. « *Certaines prostituées évitent le réseau mis en place pour elles et se rendent directement en labo* », explique Pierre Sissaoui. « *N'est-ce pas un moyen d'échapper à l'acharnement du conseiller lors de l'entretien ?* », demande, un peu provocateur, Michel Ohayon.

Les dépistages sans lien avec une prise de risque devraient être l'occasion d'un travail de prévention plus approfondi. Le fait que des tests soient souvent proposés lors de la grossesse mais pas lors d'une IVG soulève pour le référent un sérieux problème. Quand l'enfant ne paraît plus, la prévention deviendrait inutile ? Par ailleurs, envisager de proposer aussi au partenaire masculin (en cas de grossesse et d'IVG) un dépistage paraît sensé. Former les personnels (institutionnels, médicaux et biologistes de labos) également, pour un meilleur counseling pré et post test. Une infirmière en CDAG : « *Certaines personnes, dépistées positives sans le savoir, nous sont envoyées avec une enveloppe à la main et un nom de médecin.* » Une explication résiderait dans un défaut de formation initiale (pourtant assurée dans les années 1990) des personnels médicaux à ces questions. Se pose également la question de la localisation des sites de dépistage particulièrement dans les DFA. « *Les jeunes me disent pouvoir*

difficilement pousser la porte d'un CDAG car trop discriminant », explique Nicole Roussel (MFPF). En effet, un lieu trop spécialisé donc visible expose ses visiteurs à une potentielle opprobre. Il est bon de noyer le CDAG dans un centre polyvalent dispensant des soins variés. Enfin, la géographie particulière de la zone et les obstacles administratifs sont des difficultés supplémentaires. Le centre de dépistage de Saint-Laurent du Maroni envoie illogiquement ses prélèvements au laboratoire de Cayenne situé à près de 300 kilomètres. Résultat : une attente de 15 jours au moins pour les résultats et des perdus de vue. Les tests rapides sont envisagés comme une solution au problème. Carine Favier, médecin au MFPF, évoque pour sa part les conventions passées entre CDAG et médecins de ville à Montpellier pour que ces derniers fassent office d'antennes avancées (dépistage anonyme et gratuit en cabinet libéral). Le conseil général ou la DSDS peuvent financer ces délégations.

Renforcer le communautaire *via* l'aide à la création d'associations (publics spécifiques), le travail en réseau (formation de responsables communautaires comme les hougans et mambos vaudous, identification d'acteurs relais parmi les éducateurs de rue et la Protection judiciaire de la jeunesse, création d'annuaires) et l'intervention dans de nouveaux milieux pour atteindre les publics échappant aux mailles du filet de la prévention (associations professionnelles, clubs du 3e âge ou fédérations sportives) sont autant de pistes prometteuses. Des propositions intéressantes de mise en scène événementielle du dépistage sont nées telles une journée mondiale ou, à défaut, nationale, du dépistage ou des campagnes médiatiques avec participation de personnalités locales.

Accompagnement au dépistage en Haïti (Port-au-Prince)

La présence d'un infirmier, d'un médecin et d'un technicien d'analyse en un seul lieu permet des résultats dans la journée. Les personnes fréquentant le centre ne peuvent se croiser et le counseling est assuré sur place. Un pair conseiller – personne vivant avec le VIH – est mobilisable pour les cas potentiellement difficiles. Ce dernier effectue des gardes et reste toujours joignable pour le nouvellement diagnostiqué qu'il peut accompagner au centre de soins, dans une association ou même au sein de sa famille. La représentante haïtienne de ce réseau martèle que travailler communautairement avec prêtres, pasteurs ou pratiquants vaudous est une des clés de la réussite.

La planète Blue Moon

À Saint-Martin, le Dr François Bissuel est à la fois président de Blue Moon, l'association d'aide aux personnes séropositives, et responsable du Cisih. Bref, la pierre angulaire de la lutte locale contre le VIH. Reportage.

Saint-Martin, territoire français, 19 octobre 2006. L'hôpital Louis Constant Fleming ressemble à un navire en pleine tempête sous les trombes d'eau tropicale de ce mois d'octobre humide. Un des vigiles de l'entrée se confiera : « *J'ai effectué deux tests de dépistage, bien sûr, comme ça ma femme n'est pas inquiétée, mais autour de moi, c'est différent, parce que, quand on va chez le médecin, ça se voit.* » Cette réalité à fait du respect de l'anonymat l'un des premiers combats menés par le Dr François Bissuel lors de son arrivée comme responsable de l'unité du centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (Cisih). « *Je me suis battu un an pour que les dossiers estampillés Cisih échappent au libre accès de tout soignant de l'hôpital*, raconte le médecin. *Je ne voulais pas non plus que les détails des résultats d'analyse et des actes pratiqués apparaissent sur les dossiers communs informatisés.* » Ce qui paraît une évidence déontologique était loin d'être acquis. L'ensemble du personnel de l'hôpital – « *des médecins aux femmes de ménage* » – a été formé sur les notions de discrétion et de confidentialité. « *Ce fut un peu difficile au début, on me demandait : tu veux nous rendre malade en nous laissant ignorants du statut des gens que l'on soigne ?* », explique le médecin militant. Le combat est aujourd'hui gagné. Le praticien a même eu recours à un stratagème extrême mais efficace : « *Je reçois tous les résultats d'analyse VIH provenant du labo sous scellés, ce qui permet d'éviter des ouvertures "intempestives" et une remise au patient en toute confidentialité.* » Résultat : en moins de trois ans, mis en confiance, les patients séropositifs régulièrement suivis sont passés de 150 à plus de 300. Cette réussite est reconnue. Le docteur Luc de Domingo visite les services de son confrère François Bissuel. Le premier est le coordinateur médical du réseau Matoutou à Saint-Laurent du Maroni en Guyane et le second préside également l'association Blue Moon, créée en 2003 avec une poignée de soignants militants de Saint-Martin. Ces derniers ont été rapidement rejoints par des bénévoles dont certains vivent avec le VIH.

Dans la salle d'attente attenante au centre de dépistage implanté dans l'hôpital, Raïssa, jeune mère de 21 ans, patiente pour un suivi gynécologique en compagnie

de son fils et du papa. « *Nous sommes venues une fois à sept amies faire un test dans ce centre, c'était bon pour tout le monde heureusement* », se rappelle Raïssa. Le temps des dépistages de groupe est révolu : « *Quand on s'installe en couple, on en parle forcément moins.* » Chacun est connu de presque tous dans cet îlot français des Antilles. Ce qui explique l'attention particulière portée également aux lieux. Si le CDAG est fléché depuis l'entrée principale, la salle d'attente pour les tests est commune aux consultations spécialisées en gynécologie, pédiatrie ou diabétologie. Ce qui permet aux candidats au dépistage de se noyer dans la masse des patients et aux PVVIH d'accéder facilement à ces consultations spécialisées. La disposition de ce corridor de cabinets médicaux le rend invisible aux patients et visiteurs de l'hôpital. Et chacun pousse en toute discrétion la porte de l'infirmière effectuant les prises de sang ou celle du diabétologue. Le lieu associatif dédié au soutien aux PVVIH est stratégiquement situé entre le cabinet du médecin dans lequel l'annonce de résultat est faite et le passage obligé vers la sortie. Une permanence régulière est assurée par les membres de l'association Blue Moon, qui se déplacent spécialement en cas d'annonce positive au VIH. Sous la houlette énergique de leur capitaine, les membres d'équipage de ce galion solidaire ont jeté des ponts entre l'hôpital et la ville, entre les professionnels de santé et tous ceux pouvant apporter un soutien hors du champ purement médical. « *Nous accompagnons 345 adultes et 8 enfants de quatre à quinze ans au sein de notre réseau*, explique le Dr Bissuel. *La toile Blue Moon offre un accompagnement étroit avec des assistantes sociales, des infirmières scolaires ou des juristes.* » Opération réussie : ce réseau suit régulièrement 15 % des quelque 1 500 personnes séropositives estimées sur l'ensemble de l'île franco-néerlandaise de Saint-Martin.

Envers du décor. « *Notre but est d'assurer ce travail de suivi régulier avec l'ensemble de la file active VIH de l'hôpital, nous avons encore trop de perdus de vue*, explique le Dr François Bissuel. *L'autre problème majeur est l'ensemble des personnes ignorant leur séropositivité à Saint-Martin : certainement plusieurs centaines.* » Côté français, plus des deux tiers des 50 000 habitants sont d'origine étrangère et souvent dans des conditions matérielles difficiles, proportion qui se retrouve dans la file active des patients séropositifs suivis. Les murs blancs des couloirs de l'hôpital Fleming sont brocardés d'affiches de prévention multilingues. Le français, l'anglais, l'espagnol et le créole omniprésents rappellent la spécificité géopolitique de ce territoire. La prévalence à Saint-Martin est estimée à 1,5 % de la population et atteint respectivement 1,2 %, 3 % et 4,5 % dans les grandes îles voisines que sont la Jamaïque, la République dominicaine et Haïti. L'envers du rêve antillais repose dans ces chiffres. « *Les migrants séropositifs arrivent dans des états catastrophiques avec des cartes de séjour déjà périmées*, témoigne l'infirmière Brigitte Ledoux, vice-présidente de Blue Moon. *La sous-préfecture nous crée de plus en plus de dif-*

ficultés concernant la délivrance de titres de séjour pour soins, sans parler de la sécurité sociale qui ne traite que 10 % de nos demandes d'AME ! » Luc de Domingo témoigne d'une autre réalité : « *Depuis juin 2006, nous obtenons des titres de séjour pour soins d'un an au lieu de trois mois. Cette confiance locale de l'État permet aux malades d'accéder à la CMU.* » Sans se leurrer sur le fait que ces cartes annuelles permettent par la même occasion un meilleur contrôle des populations concernées. Reste que 350 personnes séropositives sont suivies par l'équipe du Dr De Domingo au sein de l'hôpital Franck Joly de Guyane. Si les migrants sont difficiles à atteindre, les seniors encore plus. « *Les incitations au dépistage ciblent beaucoup les jeunes, mais les quinquas sont les grands oubliés de la prévention* », explique François Bissuel. « *Pourtant, nous avons fait des progrès sur le terrain car nous recevons au CDAG beaucoup de plus de 45 ans, ce qui aurait été impensable voici quelques années.* » Constat confirmé par son confrère guyanais : « *Des actions sont montées dans les collèges et lycées, mais aucune sur les lieux de travail ! La seule manière que j'ai trouvée de sensibiliser les plus de 45 ans est le Rotary Club…* »

Avec près de 1 000 consultations médicales en 2005, l'équipe du docteur Bissuel peut se targuer de bons résultats. De nouveaux moyens hospitaliers viennent soutenir cette énergie militante. Les patients admis en réanimation lourde, actuellement dirigés vers Pointe-à-Pitre, pourront bientôt être pris en charge au sein de l'établissement de Saint-Martin. Les nouveau-nés ne sont pas en reste avec la très récente installation d'un service de néonatalogie accueillant 8 postes de réanimation spécifiques aux nourrissons. « *Quand la maman est séropositive, nous n'hésitons pas à garder le nouveau-né 6 semaines*, explique par ailleurs François Bissuel. *La maman venant voir son enfant tous les jours, nous les accompagnons à l'observance.* » Le service de psychiatrie sera bientôt délocalisé hors hôpital. « *Nous disposerons ainsi de 24 lits contre 16 actuellement, dont 6 de moyen séjour alors que nous n'avons actuellement pas de soins de suite* », explique le Dr Bissuel. « *Nous ouvrons également des antennes de notre CDAG*, se réjouit le médecin. *La plus belle réussite sera celle implantée à Saint-Barth, haut lieu festif de la région, ce qui était une gageure !* » La délocalisation est une exigence de prévention autant qu'un principe d'incitation des patients à rester en prise sur la vie quotidienne hors milieu médicalisé. Ce qui relève parfois du parcours du combattant. « *On essaie d'éloigner les PVVIH de l'hôpital en les orientant vers une prise en charge ambulatoire, mais les médecins de ville s'engagent peu sur ce fron*t, déplore François Bissuel. *Un noyau dur de dix généralistes joue le jeu mais les spécialistes sont aux abonnés absents. Les refus de CMU restent monnaie courante.* » Un cardiologue fait exception, ce qui ne suffit pas, bien que pharmaciens et infirmières aient tous répondu présents. Ces actions semblent ancrées à la seule bonne volonté des indi-

vidus. « *Nous sommes soutenus par la direction de l'hôpital et autorisés dans le cadre de la circulaire du 16 mars 2005 à accueillir les urgences VIH avec ou sans couverture sociale* », explique le médecin. Ce qui augure de lendemains dangereux si la législation changeait. Quant à Blue Moon, ses moyens publics et privés ne sont pas indéfiniment assurés… Que deviendront demain ses protégés si le navire chavire ? L'argent privé peut-il sans dégâts pallier les insuffisances structurelles du système publique en matière de santé ?

Un des paradoxes des DFA semble résumé par Luc de Domingo : « *On trouve au Suriname des traitements génériques pour 120 euros par an et par personne contre 1 200 euros en territoire français. Mais acheter des médicaments à bas prix ne me paraît pas politiquement possible – bien qu'économiquement souhaitable – car nous ne sommes pas un pays pauvre.* »

EN PRATIQUE

THÉÂTRE DÉBAT

Animation en 6 étapes :
Répartir le groupe de participants en sous-groupes de 10 à 15 personnes.

Consigne 1 : chaque participant donne un exemple réel et précis de situation dans laquelle la relation homme/femme pose manifestement un problème de prise de risque (ce tour de table se déroule sur au moins 30 minutes).

Consigne 2 : choisir parmi toutes les situations exposées celle qui paraît la plus significative au sous-groupe (sur environ 15 minutes).

Consigne 3 : la situation choisie est « mise en scène ». Elle sera jouée par les membres du sous-groupe devant l'ensemble des participants et non exposée oralement.

Consigne 4 : un des sous-groupes (éventuellement désigné par tirage au sort) joue sa scène.

Consigne 5 : discussion sur la situation exposée, la pertinence de l'exemple et les propositions d'alternatives pour réduire la prise de risque.

Consigne 6 : les propositions d'alternatives sont jouées. Les éventuelles difficultés de mise en œuvre de ces propositions sont rendues visibles.

THÉÂTRE FORUM

Cette rencontre est organisée selon le même principe que le « théâtre débat » mais un groupe « communautaire » joue, devant un public général, des scènes de son cru liées aux problématiques spécifiques de leur groupe.

La salle réagit en venant jouer un personnage de son choix pour questionner certaines pratiques ou comportements mis en scène. Les réponses aux questionnements du public se font sous forme d'improvisation théâtrale.

Cet exercice en partie basé sur l'improvisation permet de provoquer une prise de conscience chez les actrices et acteurs principaux qui décident alors souvent de se donner les moyens du changement (une formation sur le sida par exemple).

Cette confrontation est frontale, parfois violente, et « libre ». Ce qui peut surprendre certains bailleurs voyant les acteurs s'éloigner des produits promus par eux (exemple : femmes obèses réalisant que les violences de genre les enfermaient aussi dans leur poids).

Contact : **Nicole Roussel** – **rousselnicole@tele2.fr**

DROIT AU SÉJOUR POUR RAISON MÉDICALE

Le Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda) a remplacé l'ordonnance du 2 novembre 1945 et stipule en son article L313-11 :
« *Sauf si sa présence sur le territoire constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention "vie privée et familiale" est délivrée de plein droit : [...]*
11° À l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire.
La décision de délivrer la carte de séjour est prise par le préfet ou, à Paris, le préfet de police, après avis du médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales compétente au regard du lieu de résidence de l'intéressé ou, à Paris, du médecin-chef du service médical de la préfecture de police. Le médecin inspecteur ou le médecin chef peut convoquer le demandeur pour une consultation médicale devant une commission médicale régionale dont la composition est fixée en Conseil d'État.
La carte délivrée au titre du présent article donne droit à l'exercice d'une activité professionnelle. »

Il est primordial de procéder à une évaluation préalable de la situation au regard du risque médical, des autres possibilités de régularisation, des mesures d'éloignement et éventuels refus antérieurs pour « troubles à l'ordre public ». Concernant le risque médical, aucune liste réglementaire d'affections n'existe. Les autres possibilités de régularisation sont définies par l'article L313-11 du Ceseda. À l'exception des ressortissants de l'Union européenne, cet article définit les douze cas de délivrance de plein droit d'une carte de séjour temporaire (CST) avec droit au travail pour les étrangers vivant en France. Seule une consultation personnalisée auprès d'une association ou un avocat spécialisé (aide juridictionnelle possible) permettra une réponse claire et précise pour faire éventuellement valoir un droit.

Le Ceseda étant silencieux sur la nature de la domiciliation, il convient pour les personnes sans résidence stable, ou dont l'hébergeant craint des poursuites pour aide au séjour irrégulier, de se faire domicilier auprès du centre d'action sociale de sa commune de résidence ou dans une structure acceptée par la préfecture.

L'étranger doit se présenter physiquement à la préfecture pour solliciter la délivrance d'un titre de séjour (sauf exceptions) et se présenter aux services du « Bureau des étrangers » (et non à la DDASS). Se renseigner absolument auprès d'une association ou d'un avocat spécialisé en cas de mesure d'éloignement antérieure ou de premier refus préfectoral.

Documents nécessaires :

- Domiciliation.
- Pièce d'identité (passeport si possible, toute pièce d'état civil, livret de famille ou extrait de naissance).
- 3 photographies d'identité.
- Preuve (par tout moyen) de l'ancienneté du séjour en France.
- Certificat médical non descriptif (demandé dans la pratique).
- Rapport médical (par un médecin agréé sur liste préfectorale) destiné au médecin inspecteur de santé publique de la DDASS.
- Formulaire de préfecture à remplir.

Le défaut de passeport entraîne souvent l'impossibilité de déposer sa demande de titre de séjour, mais il ne doit, selon le ministère de l'Intérieur, pas faire obstacle à la délivrance d'un titre de séjour pour raison médicale.
Pour les étrangers hospitalisés, les services sociaux de l'hôpital peuvent saisir par courrier la préfecture du lieu de domicile (et non celle du lieu d'hospitalisation). Cette tolérance est à la discrétion de chaque préfecture.

Pour préparer sa demande, comprendre une décision et introduire un recours en cas de refus, le demandeur aura tout intérêt à contacter une association ou un avocat spécialisé.

Remerciements à Didier Maille (Responsable du service social) du Comede.
Comede : **www.comede.org**, email **contact@comede.org** et tél. **01 45 21 38 40**
Pour obtenir une information juridique : **Sida info droits** au **0 810 636 636**.
Prise en charge médico-psycho-sociale (migrants/étrangers en situation précaire), guide pratique 2005, Le Comede.
Guide de l'entrée et du séjour des étrangers en France du Gisti, éditions Syros, novembre 2006.
Commande du livret de santé bilingue (créole haïtien) édité par l'INPES par email **edif@inpes.sante.fr**.

Les principaux circuits de financement en fonction de la nature du projet, de son ampleur financière et de la nature du porteur (associations, hôpitaux, etc.).

1. FONDS DE COOPÉRATION RÉGIONALE (budgets moyens)

Les fonds de coopération régionale (FCR), au nombre de trois dans les DFA, ont été institués par la loi d'orientation sur l'outre-mer de 2000 (article 43 de la LOOM, *JO* du 14 décembre 2000) et le décret n° 2001-314 (JO du 14 avril 2001). Ils remplacent le fonds interministériel de coopération pour les Antilles et la Guyane (FIC). Le comité de gestion de chaque FCR, présidé par le préfet de région, se réunit deux fois par an pour sélectionner les projets et fixer le montant des subventions accordées.

Un appel à projets est lancé deux fois par an par la préfecture et les conseils régionaux et généraux qui en spécifient les modalités (mais les projets peuvent être déposés toute l'année). Ce dispositif est ouvert aux institutions, organismes publics et associations souhaitant développer des actions en direction des acteurs de la Caraïbe (budgets moyens). Le cofinancement des projets est obligatoire et doit notamment impliquer un partenaire étranger clairement identifié (confirmation écrite de contribution financière ou en nature).

Dans le cadre d'un appel à projets, les dossiers seront adressés à la date requise à la préfecture de chaque DFA (cf pages contacts) au moyen d'un formulaire disponible à la demande auprès des services des secrétariats généraux aux affaires régionales :
Guadeloupe : **www.guadeloupe.pref.gouv.fr**
(par mail : **cooperation-regionale@guadeloupe.pref.gouv.fr**
et téléphone au **05 90 99 37 55** ou **37 56**)
Guyane : **www.guyane.pref.gouv.fr** (par mail : **leone.marimoutou@guyane.pref.gouv.fr**
et **guillaume.coudray@guyane.pref.gouv.fr** et téléphone au **05 94 39 46 78** et **46 02**)
Martinique : **www.martinique.pref.gouv.fr** (par mail :
contact.prefecture@martinique.pref.gouv.fr et téléphone au **05 96 39 36 00**)

2. FONDS EUROPÉENS (budgets importants, projets complexes)

Différents fonds sont accessibles *via* l'Union européenne (UE), certains intéressant particulièrement les régions ultrapériphériques (RUP) que sont les DOM (Martinique, Réunion, Guadeloupe et Guyane), mais également les Canaries, les Açores et Madère. Les RUP correspondent à 1 % de la population de l'UE et bénéficient d'aides destinées à combler leur insularité et leur isolement. Sur la période 2000-2006, cette aide a atteint 7,67 milliards d'euros. Les futures actions prendront la forme d'un « parte-

nariat renforcé » mettant notamment l'accent sur une meilleure insertion de ces territoires dans les espaces régionaux locaux. L'UE contribue également au développement de la santé ou de l'éducation dans les pays et territoires d'outre-mer (PTOM) – dont les Antilles néerlandaises font partie –, associés depuis 1957 à l'Union et bénéficiant à ce titre des fonds européens de développement (FED).

Quelques exemples de fonds européens (sollicitation directe ou indirecte) : le Fonds européen de développement régional (FEDER), les fonds délivrés directement par la commission européenne aux porteurs de projets (14 milliards d'euros par an), ceux du conseil de l'Europe, les fonds structurels distribués au niveau des régions (290 milliards d'euros annuels) ou encore le FED. Ce dernier est l'instrument financier principal (15 milliards d'euros annuels), lié à la convention de Lomé qui régit la coopération Afrique-Caraïbes-Pacifique (ACP), octroyant des subventions aux programmes ratifiés par l'UE et l'État ACP bénéficiaire.

Site européen pour les financements **www.welcomeurope.com**
Ne pas hésiter à solliciter également les missions des affaires régionales des préfectures ou des organisations comme l'Agence française de développement (AFD).

3. FONDS INTERNATIONAUX

Coopération entre États, notamment pour monter des projets entre la France (exemple de l'hôpital de Saint-Martin) et la région d'origine des populations cibles d'un projet (exemple : Haïti en liaison avec les communautés haïtiennes de Saint-Martin).

Contacter le ministère des Affaires étrangères (**www.diplomatie.gouv.fr**), le ministère de l'Outre-mer (**www.outre-mer.gouv.fr**), les préfectures ou le Centre caribéen d'épidémiologie (Carec) basé à Port d'Espagne (Trinité et Tobago) et spécialisé dans le montage de projets entre départements français et pays caribéens (www.carec.org et contact : Robert Cazal par mail : **cazalgro@carec.paho.org**).

Projets correspondant aux objectifs du PANCAP (Pan-Caribbean Partnership against HIV/Aids) présélectionnés par la DGS.
Coordination : Dr Marie-Thérèse Sow (CHU de Pointe-à-Pitre).

Cette fiche est destinée aux acteurs de prévention qui y puiseront des exemples de projets et d'actions et aux partenaires potentiels (contacts).

PRÉVENTION

Accès aux préservatifs. Mise en place d'une centrale d'achat et de distribution de préservatifs pour les DFA et les pays de la zone caraïbe. Réunions préparatoires (avec opérateurs actuels en Guyane et Jamaïque) et études en 2007, appel d'offres par un opérateur local auprès des producteurs de préservatifs et mise en place du projet en 2008 avec développement du réseau de distribution en 2009.
Contacts : DSDS Guyane (**anne.barbail@sante.gouv.fr**) et société DDSC de Guyane (**ddscguyane@wanadoo.fr**)

Marketing social du préservatif masculin et féminin *via* des campagnes de promotion adaptées aux différents pays de la zone. Outils : mallettes (y compris en version Internet) avec modes d'emploi en plusieurs langues. Actions : réunions associant les demandeurs et Population services international (PSI) en 2007, montage de campagnes communes en fonction des territoires frontaliers (Saint-Martin, Guyane et Suriname) en 2008 et poursuite en 2009 (après évaluation de l'impact).
Contact : pour le CRIPS/CRES Guyane (**anne.barbail@sante.gouv.fr**)

Jeunesse. Mise en place d'interventions ciblées tels des programmes d'éducation sexuelle ou de renforcement de l'estime de soi. Objectifs : faire évoluer les rapports de genre sous l'angle de la prévention. Actions : état des lieux des connaissances et des actions dans la zone, mobilisation de l'Éducation nationale, échanges d'outils sur les rapports de genre et séminaires avec propositions d'actions.
Contacts : CRIJ Martinique (Nadine Dauvin – **crijm.voyages@wanadoo.fr**) et CRIPS Guyane

Populations vulnérables.
Échanges d'expériences avec des équipes dominicaines et d'autres pays de la Caraïbe dans le milieu de la nuit et en direction des travailleurs du sexe. Objectif : renforcer la formation aux méthodes de prévention en direction des travailleurs du sexe et de leurs clients.
Contact : Entraides Guyane (Pierre Sissaoui – **entraidesguyane@wanadoo.fr**)

Échanges d'expériences sur les actions communautaires pour les PVVIH. Objectifs : mobilisation des personnes touchées dans les DFA et la Caraïbe pour constituer un réseau d'associations de PVVIH, échanger sur les pratiques de pairs (accompagne-

ment au moment de l'annonce notamment) et former les PVVIH (soutien, observance, vie affective et sexuelle) au niveau d'un réseau caribéen.
Contact : Aides direction du grand Ouest (Isabelle Bally – **grandouest@aides.org**)

PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

Améliorer l'accès au dépistage par l'utilisation de tests rapides. Échanges d'expériences sur ces tests, qui permettent le résultat dans le temps de la consultation. Objectifs : partage des bonnes pratiques avec les pays de la Caraïbe qui les utilisent. Actions : réunions préparatoires et adaptation juridique éventuelle aux lois françaises avec démarrage de l'expérimentation du dispositif à la fin 2007, mise en place en 2008 et bilan en 2009.
Contact : DSDS Guyane

SOINS, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Personnes infectées par le VIH présentant une **histoplasmose disséminée**. Échanges avec les équipes caribéennes sur cette infection opportuniste pour développer des outils diagnostiques de biologie moléculaire plus performants.
Contact principal : Cisih de Guadeloupe (**ite.goergersow@wanadoo.fr**)

DROITS DE L'HOMME ET PRÉVENTION

Activités spécifiques auprès de populations vulnérables. Travail en réseau, en lien avec les pays d'origine (Caraïbe et Amazonie) auprès de publics féminins migrants en situation de vulnérabilité, de prises de risque sexuel et de violence (hors travailleuses du sexe). État des lieux (structures et études) en 2007, séminaire en 2008 et évaluation des besoins en formation assortie de propositions en 2009.
Contacts : Arbre fromager (Lesley Portes – **arbrefromager@yahoo.fr** ou **05 94 38 05 05**) et SIS (Denyse Cassin – **guyane@sida.info-services.org** ou **05 94 28 57 96**)

Activités spécifiques auprès de populations vulnérables (HSH). Objectifs : renforcer et fédérer les communautés LGBT et homosexuelles de la Caraïbe (avec échanges sur les expériences d'autosupport) pour lutter contre l'homophobie, le VIH et les IST. Actions sur 3 ans : création d'outils de communication (bulletin d'informations et portail Internet), d'une centrale d'achats de préservatifs et assises de l'homosexualité dans les Caraïbes.
Contact : Amvie (Michel Ramathon – **ramych@wanadoo.fr**)

Organisation de soirées culturelles en partenariat associatif. Objectifs : prévention et incitation au dépistage. Actions : concours de chants et de musique sur une thématique annuelle à partir des codes culturels caribéens et événementiels avec les 10 meilleures propositions (clips vidéo, émissions télévisées, album du concert).
Contact : pour le CRIPS/CRES Guyane (**anne.barbail@sante.gouv.fr**)

Pour créer un groupe de paroles vivant et harmonieux, certaines règles doivent être respectées :

Si le groupe est « ouvert » – ce qui signifie que de nouvelles personnes peuvent rejoindre le groupe à chaque séance –, cette alternative doit être très claire pour tous les participants. Par contre, **si le groupe est « fermé »**, le cycle des réunions doit être clairement exprimé : c'est au groupe de décider, collégialement, si la présence de tous est obligatoire à chaque réunion, et si une personne manquant une séance peut réintégrer le groupe lors de la suivante. Apparemment anodine, l'absence d'une personne peut pourtant considérablement modifier la dynamique du groupe. Car, au sein d'un groupe fermé, le cheminement est souvent partagé créant ainsi une réelle synergie.

Au début de chaque réunion, il est essentiel **de rappeler les règles** d'un groupe de paroles et de s'assurer de l'adhésion à ces règles de toutes les personnes présentes. Si certains participants expriment des réticences ou s'inquiètent d'un non-respect potentiel de ces règles, il convient d'en parler avant de débuter la séance.

Tous doivent absolument **respecter la confidentialité** du groupe. Toutes les paroles prononcées lors d'une séance ne sortent pas du groupe. Cette règle doit être connue, acceptée, respectée et ressentie comme telle. C'est un élément primordial pour débloquer la parole, notamment dans des structures ou communautés où tout le monde se connaît.

Il faut se présenter. Les animateurs doivent être clairement identifiés par le groupe. Dès le début, chacun se présente avec un prénom. D'autres éléments peuvent être ajoutés par ceux qui le souhaitent.

Il faut respecter la parole des autres. Laisser tout le monde parler, sans jamais couper personne, et, surtout, en écoutant.

Il faut être dans une attitude de non-jugement. Élément primordial du comportement des animateurs du groupe, mais aussi de celui des participants.
Bien sûr, tout le monde a un avis sur son prochain et sur ce qu'il raconte. D'ailleurs, bien souvent, les débats consécutifs aux réactions des uns et des autres sont à la base d'échanges intéressants. Il revient à l'animateur de veiller à ce que chacun se sente respecté dans le groupe.

L'animateur doit gérer le temps de parole de chacun. Il ne faut pas que le groupe « subisse » le monologue d'un participant. Il faut aussi veiller à ce que les personnes les plus timides aient l'opportunité de s'exprimer. Il faut aussi respecter le sou-

hait de certains de ne pas s'exprimer. En effet, des participants peuvent trouver un bénéfice simplement en écoutant les autres ; cela pourra également faciliter leur prise de parole lors d'une prochaine séance.

Au terme de la réunion, il est recommandé **d'organiser un tour de parole**, pour que tout le monde puisse s'exprimer, notamment ceux qui n'en ont pas eu l'occasion. Et cela y compris si ces participants se contentent alors de « je n'avais rien à dire aujourd'hui », « c'était bien » ou « je suis frustré par cette séance ». Si toutes les observations sont bonnes, il faut toutefois veiller à ce que ce tour ne relance pas un débat. L'animateur doit trouver le juste milieu entre respecter les horaires (certains ont des impératifs) et la poursuite du débat.

Pour clore la session dans un groupe ouvert, il est possible de demander aux participants s'il y a des sujets qu'ils souhaiteraient aborder lors de la prochaine réunion. S'il s'agit d'un groupe fermé, avec un thème d'ores et déjà prévu pour la prochaine réunion, il est à la discrétion de l'animateur de l'annoncer.

Le rôle de l'animateur est d'être garant du cadre de la réunion. Si après les présentations, le dialogue s'installe facilement et naturellement, il est tout à fait possible que l'animateur n'intervienne plus au cours de la session.

Dans la plupart des cas, le groupe a souvent des réponses aux questions posées par les autres ; le partage de connaissances entre participants fait partie des buts d'un groupe de paroles. L'animateur doit intervenir uniquement lorsque le groupe a demandé clairement des informations spécifiques. **Son rôle est celui d'un donneur d'informations et surtout pas d'un donneur de leçons.**

Il est fortement recommandé que **le groupe de paroles soit animé par deux personnes** quand cela est possible. De cette façon les deux animateurs peuvent discuter des échanges et réflexions du groupe. Et, ainsi, on évite que le groupe de paroles dégénère vers une thérapie pour l'animateur.

Les animateurs doivent rester vigilants. Ils peuvent être touchés par les sujets et échanges du groupe et peuvent être mis en difficulté. Mais pendant la réunion, leur rôle est avant tout **le bien-être des participants**.

Bruce MacArthur

A

Agence régionale de l'hospitalisation
Immeuble Semag
Grand Camp
97142 Les Abymes
05 90 21 55 43
stephane.mantion@sante.gouv.fr
directeur **Stéphane Mantion**

Association case départ
BP 222
97190 Le Gosier
05 90 84 76 30
fax **05 90 84 76 30**
case.depart@wanadoo.fr
présidente de l'association
Chantal Augusta
responsable des relations publiques
et relations presse **Karine Pedurand**

Association du réseau ville-hôpital
Centre Charlain-Pommier
223-225, route de Besson
97139 Les Abymes
05 90 89 07 12
fax **05 90 89 52 80**
arvhg@wanadoo.fr
président **M. Nuissier**
directrice **Joëlle Calmel**
assistante sociale **Mme Piddar**
psychologue **Mme Popotte**
infirmière **Mme Gaspaldy**
conseillère en économie sociale
Mlle Saminadin
éducateur technique **M. Moubeche**
éducateur spécialisé **M. Irdor**

B

Blue Moon
BP 953
Marigot
97150 Saint-Martin (Guadeloupe)
06 90 50 51 46
fax **05 90 52 26 63**
bluemoon-saintmartin@wanadoo.fr
http://www.bluemoon.new.fr
président **François Bissuel**
secrétaire animateur **Thierry Dauchez**

C

Chrétiens & Sida
Groupe de Guadeloupe
Centre pastoral Siméon-Oualli
Impasse Porto-Rico
Petit-Pérou
97139 Les Abymes
05 90 21 52 65
fax **05 90 21 44 48**
isabel.seguin@wanadoo.fr
responsable **Isabelle Seguin**
président national **Jean-Louis Vilde**
psychologue au Cisih **Anita Devroye**
Prêtres **Albert Blanchard, André Denecy**
pasteur méthodiste **Stéphane Brooks**
pasteur église réformée **Pascal Hickel**
enseignant et responsable
de la Pastorale des jeunes
Firmin Théophile
responsable aumônerie lycée Blanchet
Charles Lanopoire
responsable du groupe Justice et Paix
de Guadeloupe **Robert Valerius**

Coges
6, cité Casse-Sainte-Hyacinthe
97100 Basse-Terre
05 90 41 09 24
fax **05 90 81 30 04**
coges@coges.gp
présidente M^me^ Hamoussin
directrice M^me^ Melot
diffusion Lyne Baltyde
documentaliste Bruno Moutoussamy
chargée de projet Carine Magen
formateur Hasni Figuigui

Contact Rue – Cyber Gwada,
Point d'accueil et d'écoute jeunes
86, faubourg du vieux-Bourg
97139 Les Abymes
05 90 84 54 85
cassubielaila@wanadoo.fr
président départemental Lucien Seytor
directrice régionale Laila Cassubie

D

DSDS
Bisdary
97113 GOURBEYRE
05 90 99 49 07
henri.brun@sante.gouv.fr
médecin inspecteur de santé publique
Henri Brun

E

Entraide Gwadloup'
Esc 1 Pr 9100,
immeuble Capitaine-Langlois
97139 Les Abymes
05 90 91 22 47
fax **05 90 89 08 54**
entraide@mediaserv.net
président Max Melin
directeur Jacques Minatchy
chef de projet prévention Chantal Tel
chef de projet action sociale
Muriel Brissac

G

Gwada Uni-Vers
10, rue du Docteur-Cabre
97100 Basse-Terre
Tél. / Fax **05 90 32 09 62**
gwadaunivers@orange.fr
présidente Dominique Pineau
(06 90 91 43 23)
psychologue Marie-Lise Salin
assistante sociale
Martine Césaire-Gédéon
José Saint-Cirel
Jean-Michel Barul
Patrick Brandon
Maddly Barbin
Annie-Claude Artis

I

Initiative Eco
5, cité Casse
97100 Basse-Terre
05 90 81 80 83
fax **05 90 81 83 02**
i.association1@ool.fr
présidente Véronique Deblaine
coordinatrice Martine Noël
conseillère sociale Mirella Valérius
psychologue Geneviève Gamer

M

La Maternité consciente,
association guadeloupéenne pour
le Planning familial
20, rue Sadi-Carnot
BP 134
97110 Pointe-à-Pitre
05 90 82 29 78
fax **05 90 21 22 14**
présidente départementale
Lucette Manlius
directrice régionale Carole Borel

P

Préfecture
Palais d'Orléans
Rue Lardenoy
97109 Basse-Terre Cedex
05 90 99 39 00

S

Sida Liaisons dangereuses
6, rue Fichot
97150 Marigot-Saint-Martin
05 90 87 01 17
sld.stmartin@wanadoo.fr

STOP (Soutien aux toxicomanes
et à leurs proches)
Morne des amandiers face des anciens
bureaux DDE
Chauvel
97139 Les Abymes
05 90 91 68 87
asso.stop@wanadoo.fr
présidente Felicité Galas
directeur Harry Casimir
adulte relais Denis Lamboudière
secrétaire Alice Clerembault

Guyane française

A

Adssuk
Le Ranch-Pte
9, avenue Victor-Hugo
97310 Kourou
05 94 32 82 13
fax **05 94 32 52 53**
adssuk@wanadoo.fr
président M. Bourgeois
coordinateur M. Saliou
médiateur santé publique
Touze Gamaliel
médiatrice sociale Bragance Renata

Aides
2 bis, rue Schoelcher
97320 Saint-Laurent-du-Maroni
05 94 27 94 25
stlaurentdumaroni@aides.org
présidente Claire Girou
directeur Laetitia Locher /
Gael Cabelguer
Agnès Nawang
Michel Poitevin
Marie-Pierre Djingpai
Catherine Adan
Trevor Lamazon
Delfine Nicot
Mylène Joseph
Rebecca Ronalds
Ilaan Atipa

AFDG (Association franco-dominicaine de Guyane)
30, rue Paul-Amusant
97300 Cayenne
05 94 35 78 63
afdg973@msn.com
président Pedro Urena Rib
adultes relais Augustina Moronta, Melania

ASFMF (Association de soutien aux familles des malades et de formations)
28, rue Eugène-Tecle – cité Themire
BP 1210
97346 Cayenne Cedex
05 94 25 16 73
fax **05 94 39 09**
ASFMF@wanadoo.fr
président Georges Robert
Milene Rene

C

Centre de dépistage anonyme et gratuit
Centre hospitalier de l'Ouest guyanais
BP 45
97393 Saint-Laurent-du-Maroni
05 94 34 87 77
fax **05 94 34 87 77**
s.mason@ch-ouestguyane.fr
responsable de structure
Dr Andry Randrianjohanny
directeur M. J.P. Saliniere
médecin responsable
Dr Andry Randrianjohanny
médecin Dr Elodie Chauvet
Infirmières Marie-Claude Biswana, Maria Thérèse, Jocelyne Adossi
secrétaire Stéphanie Pauchevin
coordinatrice prévention
Shannon Mason

Cimade-Guyane
chez Arbre Fromager
6, rue Capitaine-Bernard
97300 Cayenne
06 94 45 64 58
cimade.guyane@yahoo.fr
président Stéphane Garnier
déléguée Aurélie Pialou

Communiquer la vie
2 bis, rue Thiers
97320 Saint-Laurent-du-Maroni
06 94 90 70 17 / 06 94 00 76 42
s.mason@ch-ouestguyane.fr
présidente Francisca Leqer
vice-présidente Johanna Bonai
responsables Shannon Mason / Arnaud Fallone
secrétaire Carisse Léger
trésorier Éric Charlerie

D

DSDS-Guyane
19, rue Schoelcher
BP 5001
97305 Cayenne Cedex
05 94 25 53 35
anne.barbail@sante.gouv.fr
médecin inspecteur de santé publique
Anne Barbail

Entraides Guyane
10, rue Pichevin
97300 CAYENNE
05 94 51 25 91
fax **05 94 31 29 54**
entraidesguyane@wanadoo.fr
présidente Geneviève Simart
directeur Pierre Sissaoui

G

Grid
BP1
97371 Kourou
05 94 32 92 72
fax **05 94 32 43 02**
michele.gaspard@grid.gf
site **www.grid.gf**
président M. Roos
directeur C. de Noter
coordinatrice Michèle Gaspard

M

Matoutou
2 bis, rue Thiers
97320 Saint-Laurent-du-Maroni
05 94 27 94 63
fax **05 94 27 94 87**
reseaumatoutou@wanadoo.fr
président Valéry Nasser
coordinateur médical Luc Dedomingo
assistante sociale Anne Guillemot
psychologue Donatien Guillemot
secrétaire coordinatrice Josie Blassuto
accueil médiatrice Dina Adossi, Anchelita Adossi
secrétaire Andry Randrianjohanny
secrétaire adjoint Shannon Mason

P

Préfecture
Rue Friedmond
BP 7008
97307 Cayenne Cedex
05 94 39 45 00

R

Réseau Kikiwi
Centre hospitalier Andrée-Rosemon
rue des Flamboyants
BP 6006
97300 Cayenne
05 94 39 48 12
fax **05 94 39 43 13**
secretariatreseaukikiwi@wanadoo.fr
président Dr Mathieu Nacher
coordinatrice Valérie Weckerle
assistante sociale Valérie Berard

S

Sida Info Service
C/O l'Arbre Fromager
6, rue du Capitaine-Bernard
97300 Cayenne
05 94 28 57 96/06 94 20 75 91
fax **05 94 28 58 57**
guyane@sida-info-service.org
président Amédée Thevenet
directeur Yves Ferrarini
déléguée régionale SIS-Guyane
Denyse Cassin

U

UCHG (Union de la communauté haïtienne de Guyane)
10, rue Pablo-Picasso
97310 Kourou
06 94 23 59 16
guyanecommunautehaitiens@orange.fr
président Destin Lizaire

Haïti

A

Ason (Association de Solidarité Nationale)
20, rue Chériez
Port-au-Prince
+509 245 69 51
asonhaiti@hotmail.com
président Samuel Beaujour
juriste Chery Begerl
Marie-Rose Verneret
Marie-Yolene Prene
Guaude Yamarie

C

Conavo (Commission nationale de structuration du vodou)
4, cité Charleviré
rue Chateaudin-Prolongée
Les Cayes
+509 462 90 34.
cornavosud@hotmail.com
président Wesner Morency
directeur Ildérice Nérat
Hougan Johnny Nesley René
Mambo Yolande Vital
Mambo Davilmar Déréli

G

Grasadis
Delmas 30
52 bis, rue Archille
Port-au-Prince
+509 445 77 22 / +509 456 77 02
sinest03@yahoo.fr /
serovielife@yahoo.com
président Steeve Laguerre
coordinateur Reginald Dupont
conseiller Jean-Paul Ernst

P

Phap+ (Plate forme haïtienne des associations de personnes vivant avec le VIH/sida)
20, rue Cheriez
Port-au-Prince
PHAP6@yahoo.fr
président Jean Saurel Beaujour

R

Rehpivih (Réseau haïtien des personnes vivant avec le VIH)
90, ruelle Alix-Roy
Port-au-Prince
+509 244 40 23
rehpivih@yahoo.fr
président Accélus Liony
vice-président Eliot Michel
auxiliaire Jean-Marie Malin

Jamaïque

A

Jamaica Aids Support for Life
4 Upper Musgrave Avenue,
Kingston 10
+876 978 2345
fax **+876 978 75 76**
amclean@jamaicaaidssupport.com
directeur Andrea Mc Lean

A

Acise (Association citoyenne pour l'insertion solidaire et économique)
1, rue Martin-Luther-King
97200 Fort-de-France
05 96 63 03 68
fax **05 96 63 11 48**
acise@wanadoo.fr
président Joseph Baltide
directeur Thierry Modeste
infirmière Eguienta
éducateurs spécialisés Laloupe/Frelin

A.C.M.2S (Association de coordination médico-sociale et sanitaire)
15, rue Toussaint-Louverture
97200 Fort-de-France
05 96 48 49 07
fax **05 96 72 66 96**
clovis.jm@wanadoo.fr
directeur Jean-Marie Clovis

Action Sida Martinique
Hôpital Plarac
BP 1075
97209 Fort-de-France Cedex
05 96 63 12 36
fax **05 96 63 91 91**
actionsidamart@wanadoo.fr
présidente Marlène Ouka
directrice Patricia Louis-Marie
coordinatrice actions de prévention
Line Rose Lepel
accueil Flaurence Caupenne
coordinatrice aide à domicile
Françoise Mulattieri
chargée d'accompagnement social
Marie-Claude Vassard
coordinatrice formations Céline Noteuil

ADSM/CHRS
30, rue Marat
Terres Sainville
97200 Fort-de-France
05 96 60 38 65
fax **05 96 70 48 93**
catherine.neris@caramail.com
président Donat Alfred
directrice Annick Marous

Amvie (Association Martinique vivre ensemble)
BP 1127
Fort-de-France Cedex
05 96 59 14 35
fax **05 96 60 38 33**
amvie@wanadoo.fr
président Max Jean
comptable Karine Aliker
secrétaire Valérie Rabot
coordinateur Jean-Marc Léandre
responsable WIRE Michel Ramathon

Associacion Latinos Unidos
61, avenue Jean Jaurès
97200 Fort-de-France
05 96 70 1162
fax **05 96 70 11 62**
asociacionlatinosunidos@hotmail.com
président Hejoaka Pedro Livio
Ana Romero
Amada De Jesus

Amiof (Association martiniquaise pour l'information et l'orientation familiale : Planning familial)
125-127, rue Moreau-de-Jounes
97200 Fort-de-France
05 6 72 89 99
fax **05 96 71 56 82**
amiof972@wanadoo.fr
présidente Marie-Ange Risede
directrice Dr Alexandrine Fred
médecin Dr Claude Petit

Association des Sainte-Lucie en Martinique
Bat Carta n° 249
Les Hauts-du-Boit
97200 Fort-de-France
05 96 60 00 20
ZELAH.Maurice@orange.fr
président Maurice Zelah

C

Centre régional d'information jeunesse
3, rue Henri-Léro – Pointe Simon
BP 470
97205 Fort-de-France
05 96 63 50 57
fax **05 96 60 34 05**
crij.martinique@wanadoo.fr
président Clément Marie
directeur Fleriag Patrick
informateur jeunesse Nadine Dauvin

Chrétiens et Sida Martinique
18, lot Mespant
97260 Morne-rouge
06 96 41 95 52
fax **0596 62 48 99**
nid-de-coucous@wanadoo.fr
président Jean-Louis Vildé

Croix-Rouge française
32, rue Montesquieu
Terres Sainville
97200 Fort-de-France
05 96 71 55 73
sh.montesquieu@wanadoo.fr
conseillère en économie sociale et familiale Mirlène PIRER

D

DMMA (Dominica Martinique Medical Association)
Cité Dillon
Avenue Raoul-Follereau
Bât K – escalier 4 – porte 10
97200 Fort-de-France
05 96 71 55 38
fax **05 96 71 55 38**
alanita.james@wanadoo.fr
président Alanita James

DSDS
BP 658
97263 Fort-de-France Cedex
médecin inspecteur Michel Ripert

O

Observatoire de la santé
de Martinique
Centre d'affaires Agora
Av. de l'Etang-Zabricot
97200 Fort-de-France
05 96 61 04 82
fax **05 96 61 28 20**
ors.martiniq@wanadoo.fr
président Dr Bottius
directeur Dr Merle

P

Paal/Omass
1, rue Albert-Camus
97232 Place-d'Armes
Lamentin
05 96 51 61 87
claude.fitte-duval@wanadoo.fr
ISU/ES Claude Fitte-Duval

Préfecture
Rue Victor-Sévère
97262 Fort-de-France Cedex
05 96 63 18 61

S

Sidaction
BP 1127
97248 Fort-de-France Cedex
05 96 59 14 35/06 96 27 80 20
f.cronard@sidaction.org
chargé de mission DFA Fred Cronard

SHM (Société d'Hygiène
de la Martinique)
13, route de la Folie
97200 Fort-de-France
05 96 60 36 87
fax **05 96 63 54 88**
a.cavelier@shm_martinique.net
président Dr Yoyo
directeur M. Toussaint
Dr Annick Cavelier
Dr Raymond Hélénon
infirmières Mme Jean-Marie,
Mme Haustant
secrétaire Mlle Famibelle

U

Union des femmes
de la Martinique
17, rue Lamartine
97200 Fort-de-France
05 96 71 26 26
fax **05 96 63 65 19**
u.femmesmartinique@wanadoo.fr
présidente Mme Georges Arnauld
accueillante Marie-France Courcet

West Indies Rainbow Energy
(AMVIE)
21, rue Garnier-Pagès
97200 Fort-de-France
05 96 59 14 35
président Jean-Philippe Ramathon

Métropole

A

Act Up-Paris
45, rue Sedaine
75011 Paris
01 48 06 16 74
hfischer@noos.fr
président Hugues Fischer

C

Cabiria
4, rue Désirée
BP 1145
69203 Lyon Cedex 01
+33 (0)4 78 30 02 65
fax **+33 (0)4 78 30 97 45**
cabiria@wanadoo.fr
infirmier Lionel Grand

Chrétiens et Sida
121, vieille Route de Briec
29000 Quimper
+33 (0)2 98 95 33 38
gautierpr@yahoo.fr
coordinateur comité DFA Pierre Gautier

Comede
didier.maille@comede.org
responsable du service social
Didier Maille

I

Inpes
42, bd de la Libération
93203 Saint-Denis
coordinatrice du programme VIH/sida
Nathalie Lydié
nathalie.lydie@inpes.sante.fr
Chargée de communication
en direction des professionnels
de santé Emmanuelle Le Lay
emmanuelle.le-lay@inpes.sante.fr

Inserm U 687
14, rue du Val-d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex
france.lert@st-maurice.inserm.fr
directrice de recherche France Lert

M

MFPF
favier.carine@wanadoo.fr
animatrice d'atelier / médecin, membre
du bureau national Carine Favier

Ministère de l'Outre-mer
27, rue Oudinot
75007 Paris
+33 (0)1 53 69 23 74
fax **+33 (0)1 53 69 21 54**
marie-laure.dauphin@outre-mer.gouv.fr
chargée de mission Affaires sanitaires
et sociales Marie-Laure Dauphin

Ministère de la Santé – Bureau de lutte contre le sida
+33 (0)1 40 56 60 00
thierry.troussier@sante.gouv.fr
chargé de mission Prévention
Thierry Troussier

O

ORS Ile-de-France
21-23, rue Miollis
75015 Paris
s.halfen@ors-idf.org
sociodémographe, chargée d'études
Sandrine Halfen

S

Sidaction
228, rue du Faubourg-Saint-Martin
75010 Paris
sidaction@sidaction.org
+33 (0)1 53 26 45 55

République dominicaine

A

ASA (Amigos Siempre Amigos)
Calle Galván No. 11 2do. Piso
Gazcue
Santo Domingo, D.N.
República Dominicana
+809 689-8695 / +809 689-8529
fax **+809 685-6868**
asainc@verizon.net.do
www.amigossiempreamigos.org
directeur Lic. Leonardo E. Sánchez Marte

Surinam

M

Maxi Linder association
Paramaribo
+597 8636889
juanitaaltenberg@yahoo.com
président Juanita Altenberg

Trinité-et-Tobago

C

Carec
9, Alexandra Street
Port of Spain
Trinité-et-Tobago
1 868 622 4261 poste 608
cazalgro@carec.paho.org
responsable du programme sida dans la Caraïbe pour le MAE Robert Cazal-Gamelsy

Indicatif pour joindre les DFA depuis l'étranger : **00 33**.

page 5 **AVANT-PROPOS**

page 7 **PRÉFACE**

page 11 **MÉTHODOLOGIE**

page 12 **LES ENQUÊTES**

page 13 **ATELIER 2**
Le rôle des associations communautaires et des professionnels auprès des étrangers et des migrants.

page 17 **ATELIER 3**
Accès aux soins et à la prévention des personnes prostituées.

page 21 **ATELIER 4**
Identités sexuelles masculines.

page 25 **ATELIER 6**
La relation malade/système de soins et le rôle des associations.

page 29 **ATELIER 8**
Les relations entre hommes et femmes en lien avec les prises de risque sexuel.

page 33 **ATELIER 1**
Soutien individuel et communautaire des religions à la lutte contre les discriminations.

ATELIER 5 page **41**
Personnes vivant avec le VIH.

ATELIER 7 page **50**
Améliorer le recours et la proposition du dépistage.

EN PRATIQUE page **59**

L'INFORMATION ET L'ÉDUCATION PAR LE THÉÂTRE page **60**

POINT DE DROIT page **61**

FINANCER SES PROJETS page **63**

EXEMPLES DE PROJETS RETENUS page **65**

ORGNISER UN GROUPE DE PAROLES page **67**

CONTACTS page **69**

Achevé d'imprimer **janvier 2007 chez Actis Industrie Graphique, Paris**
Dépôt légal **janvier 2007**